

Det lille som skal til

Et sosialkonstruksjonistisk blikk på forebyggende arbeid i kommunen
- når mor eller far er psykisk syk

*Vi har ikke på noget tidspunkt – verken i vores familie,
de steder vi har boet, på institutionerne, på
hospitalerne – mødt nogen, der har snakket om det.*

Jens Arentzen

Kirsten Ellingbø

Veileder: Kirsten Stien

Masteroppgave i Familieterapi og systemisk praksis MGFAM-H06
Diakonhjemmet Høgskole – 15. oktober 2010
Avd. for etter- og videreutdanning

Antall ord: 28489 med fotnoter

Forord

For snart to år siden, omtrent samtidig som jeg leverte min første prosjektbeskrivelse, ble jeg kjent med ei lita jente med brune øyne. Håret hennes var som linhår og sto til alle kanter. Hun heter Oda. Sist jeg traff Oda, hadde hun to fletter med rosa strikker i. Hun hadde spart lenge. Oda er tre år. Da Oda var litt over ett år og ikke lenger fikk komme i barnehagen fordi regningen ikke var betalt, og mammaen uansett ikke orket å følge henne dit, våknet mammaen til Oda en dag hun lå på sofaen. Hun ble redd og tenkte hun var blitt som faren sin. Hun tok kontakt med helsesøster. Nå bruker mammaen til Oda og jeg å snakke sammen. Hun har vokst opp med en psykisk syk far. Da mammaen til Oda var jente, brukte hun å passe på faren og lillebroren sin. Hun husker at faren alltid lå på sofaen og spiste tabletter som gjorde ham annerledes. Hun passet på at alle fikk mat og at ikke faren skadet seg. Nesten hver dag gikk hun hjem fra skolen for å se til ham. Når jeg nå er ferdig med mastergradsarbeidet, skal hun og jeg jobbe med noe av alt hun ikke hadde tid til å lære da hun var jente. Hun ønsker å lære seg å håndtere husholdningspenger, lage mat etter oppskrift, og hun ønsker å forstå hva vi andre snakker om i hverdagen når vi snakker om bensinpriser, politikk, to hekto gomme og hva et lammelår på tilbud skal koste. Hun ønsker det fordi hun føler seg utenfor, lite verdifull, trist og engstelig, og hun er redd for at hun skal bli som faren sin, og at Oda skal få det som henne. Hun ønsker at Oda skal ha en tryggere oppvekst. Oda er ei heldig jente, for mammaen hennes greide å reise seg fra sofaen og gjøre noe med livet. Dette arbeidet er dedikert til Oda og mammaen hennes, og alle andre i liknende situasjoner, og som jobber hardere enn jeg noen gang har gjort.

Takk til Anne Hedvig som har vært min kliniske veileder i tre år og som har betydd mye for meg både personlig og profesjonelt. Takk til Berit - min nærmeste kollega i dette arbeidet, og til alle andre gode kolleger. Takk til Kirsten Stien for tett og krevende oppfølging i slutfasen av forskningsarbeidet. Takk til min uforbeholdne kjærlighet Maren, som har svinset rundt og forstyrret meg akkurat passe. Takk til de to firbeinte, den vakre, og morgengryets opprinnelse, for bare å være. Ved bare å være, har de bidratt til alle turene jeg har trengt for å tenke ryddigere tanker og nye tanker, eller for å oppdage tanker jeg ikke visste var der før jeg oppdaga dem. Og takk til Esben som jeg deler livet med i tykt og tynt; takk for alltid å ta i mot det hele. Du er enestående. Og nå er det tid for å dele på arbeidet i heimen igjen.

Mo i Rana, 30. september 2010

Kirsten Ellingbø

Sammendrag

Med utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk forståelse og en språkssystemisk tilnærming har jeg gjennomført en studie hvor forebygging av psykiske helseproblem/sykdom hos barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, har vært tema. Gjennom studiens første del har jeg funnet at å tilby mestringsgrupper som et forebyggende tilbud til disse ungene, er mer av en naturvitenskapelig, individorientert tilnærming. Vi tilbyr familiene forebyggende og helsefremmende hjelp ved å ta barn ut av familien og inn i gruppe med barn i liknende situasjoner. Slik gjør vi oss til ekspert på barns behov, og vi fratar foreldre mulighet til å utvikle sin foreldrekompetanse i tråd med ungenes omsorgsbehov. Ved å gjøre dette, legger vi stort ansvar på disse barna til å løse egne utfordringer utenfor familien, sammen med mennesker som ikke skal ta del i livet deres i fremtiden. Vi anerkjenner ikke de sterke bånd som er mellom foreldre og barn, og vi risikerer å sette barns lojalitet til sine foreldre på harde prøver, og endog forsterke følelser som skam, skyld og tabu. Ved å forsøke å skape utvikling på utsiden av familiene, gjør vi barn til forandringsagenter i egen familie, og kan forsterke det ansvaret mange barn allerede har tatt i egen familien.

I andre del av studiet, ville jeg undersøke nærmere tillitsforholdet mellom meg som hjelper og foreldrene, og hvordan dette kunne bidra til barns opplevelse av å få tillatelse til å delta i samtaler med meg. Jeg ble gjennom dette opptatt av barnets behov for at samtalen skulle foregå innenfor familiekonteksten, og at dette synes å overskygge tillatelsen det hadde fått fra sine foreldre til å snakke med meg alene.

Gjennom min studie har jeg i større grad fått innblikk i sosialkonstruksjonistiske og språkssystemiske ideer, og at det er i nært samarbeid mellom foreldre og barn vi kan bidra til å forebygge psykisk sykdom. Ved å legge til rette for at foreldre skal kunne forstå mer av ungenes omsorgsbehov, ved at tabu blir brutt i relasjon mellom foreldre og barn, og ved at foreldrekompetansen styrkes, bidrar vi til at barns motstandskraft også styrkes, og vi bidrar til at familiene gis økt mulighet for å være hovedaktører i egne liv.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Kap. 1 Innledning.....	6
1.1 Min bakgrunn	6
1.2 Min for forståelse	7
1.3 Ulike måter å forstå	7
1.4 Bakgrunn og tall	7
1.5 Forsknings spørsmål	9
1.6 Avgrensninger og avklaringer	9
1.7 Håp og ønsker for arbeidet	11
1.8 Oppgavens oppbygging	11
Kap. 2 Slik forstår jeg	12
...en teoretisk referanseramme	12
2.1 Innledning	12
2.2 Sosialkonstruksjonisme	12
2.3 Systemisk tilnærming	13
2.4 Språkssystemisk tilnærming	14
2.5 Om et språk jeg kan bruke; dialogen	15
2.6 Dialogen i gruppe og i familiesamtale	16
2.7 ...og slik vil jeg forske	17
...aksjonsforskning	17
2.8 Utvalg	22
2.9 Forsknings etiske overveielser og konfidensialitet	23
2.10 Beskrivelse av aksjonsforskningen min	24
2.11 En sammenheng til å forstå	27
Kap. 3 Barn av psykisk syke og forebygging	29
3.1 Familiesenterets rolle og målsetting i kommunen	29
3.2 Psykiske lidelser	30
3.2.1 Tall/omfang	30
3.2.2 Foreldrefunksjon	31
3.3 Barn av psykisk syke	33
3.4 Barn som pårørende	35
3.5 Forebygging	37
3.5.1 Kunnskap, informasjon og å redusere tabu	37
3.5.2 Å forstå det sammen	38
3.5.3 Mestringsopplevelser	38
3.5.4 Barn selv sier	39
3.6 I møte med familiene	39
3.7 Ulike metoder i forebyggende arbeid	40
3.8 Noen avsluttende ord	41
Kap. 4 Aksjon og refleksjon	42
4.1 Startpunktet for aksjonsforskningen	44
4.2 Første aksjon	46
4.2.1 Rekrutteringsarbeid/forarbeid	48
4.2.2 Forsamtalen/familiesamtalen	50
4.2.3 Første gruppesamling – hele familien	53

4.2.4	"Da jeg var jente" – andre gruppesamling.....	54
4.2.5	"Jeg vil fortelle deg min historie" – tredje gruppesamling.....	55
4.2.6	Tøffe jenter i klatreveggen – fjerde gruppesamling	55
4.2.7	Store og små på aketur – femte gruppesamling.....	56
4.2.8	Gruppelederne roter det til – sjette gruppesamling	57
4.2.9	"Hva er egentlig meningen med dette?" – syvende gruppesamling.....	58
4.2.10	Futt og smell og et lite brannså – åttende gruppesamling.....	59
4.2.11	Vi møtes for siste gang – niende gruppesamling.....	59
4.2.12	Ettersamtaler.....	60
4.2.13	Refleksjon over refleksjoner.....	62
4.3	Andre aksjon.....	63
4.3.1	En samtale med en mor.....	64
4.3.2	Første møte med mor.....	64
4.3.3	Første møte med mor og far.....	65
4.3.4	Første møte med mor og far og Petter.....	66
4.3.5	Nytt første møte med Petter og foreldrene	66
4.3.6	Mor har fått kjæreste, og mor og Petter skal flytte.....	68
4.3.7	Når Petter viser frem melding fra far, og jeg ber om tillatelse	70
4.3.8	Blir Petter fotløs eller er jeg en dårlig terapeut	72
4.3.9	En fortvilet telefon fra mor.....	73
4.3.10	Hos fars behandler.....	74
4.3.11	Å avslutte en aksjon.....	75
4.4	Refleksjoner etter aksjonsforskningen	75
Kap. 5	Veien videre.	78
5.1	Praksisfeltet.....	78
5.2	Hvordan nærme oss dette arbeidet.....	79
5.3	Hvordan ble så dette for meg	81
Litteraturliste	82

Kap. 1 Innledning

I dette kapittelet gjør jeg kort rede for bakgrunnen for min faginteresse, for så å gi et lite innblikk i hva studien min omhandler. Jeg presenterer forskningsspørsmålene mine og gjør rede for avgrensninger og noen avklaringer med hensyn til videre arbeid. Avslutningsvis deler jeg noen tanker om håp for arbeidet, og beskriver så oppgavens oppbygning.

1.1 Min bakgrunn

Siden jeg tok grunnutdanning som vernepleier i 1989, har jeg med noen unntak jobbet med ungdom som målgruppe. Dette har vært innenfor institusjonspsykiatri, barnevernsinstitusjon, poliklinikk, og de siste 12 årene innenfor kommunalt hjelpeapparat.

Jeg har i alle disse årene båret med meg en opplevelse som gjorde sterkt inntrykk da jeg som ung og nyutdannet jobbet som miljøterapeut ved en avdeling innenfor Barne- og Ungdomspsykiatrien. Ei jente på 15 år hoppet en sen kveld ut av vinduet i andre etasje og løp hjem til moren sin. Dagen etter ble denne hendelsen holdt frem for oss relativt ferske miljøterapeuter, av daværende overlege og psykiater, som tydelig kriterium på alvorlig borderlinediagnose. Jeg tenkte at det eneste denne redde jenta ville, var å være sammen med moren sin. For dét fikk hun en diagnose.

Denne historien er satt noe på spissen da jenta hadde store utfordringer på mange områder, som innenfor det diagnostiske systemet ICD-10¹ (Nordenhof 2008:130), kanskje kvalifiserte for en slik diagnose. Men det var ingen som snakket om henne og moren. Det var hendelsen i seg selv som ble holdt frem som diagnosekriterium.

Dette er mange år siden. Jeg opplevde at det ikke var ord for tankene mine, ingen alternativer, og det var heller ikke et miljø for å reflektere, slik jeg opplevde det. Det var ikke et språk i avdelingen for å beskrive møter med klienter, kolleger og livet for øvrig.

¹ Diagnostisk verktøy brukt i behandlingspsykiatrien.

1.2 Min for forståelse

På begynnelsen av 2000-tallet deltok jeg i en etterutdanning i regi av Organisasjonen Voksne for Barn (VfB)², med navnet ”Når mor eller far er psykisk syk – barns behov og tverrfaglig samarbeid”. Rett etter dette tok jeg videreutdanning i psykisk helsearbeid, og vektla for egen del familieorientert arbeid. Noen år senere deltok jeg i gruppelederopplæring i regi av VfB, med målsetting om å drive egne mestringsgrupper (Cu2 2006) for barn av foreldre med psykiske lidelser. Da jeg i all hovedsak har jobbet innefor systemer som enten har vært nært knyttet til spesialisthelsetjenesten innen psykiatri og psykisk helsearbeid eller institusjonsomsorg for ungdom, har jeg i stor grad måtte forholde meg til det normative, ekspertene, diagnosene og individualterapien.

Så ble jeg kjent med tanker og ideer som begynte å gi mening; systemisk og språkssystemisk praksis, den samarbeidsorienterte tilnærming til terapi og dialogen. Jeg har i mange år tenkt at foreldre er viktigere for sine barn og at foreldre har større betydning for barns utvikling (Glistrup 2004, Killén 2007, Nordenhof 2008, Øvreeide 2009), enn det praksis tilsier. Det er nyttig og viktig for familiene det gjelder at det fokuseres på relasjonen mellom foreldre og barn.

1.3 Ulike måter å forstå

I de årene jeg har jobbet og i alle møter med mennesker, er det noe som har vært mer eller mindre likt; alle har historier å fortelle. Innenfor systemisk praksis og en utdanning bygget på sosialkonstruksjonistiske ideer, er ikke dette i seg selv spesielt. Det som kanskje er mer spesielt, er betydningen og vekten av disse historiene; at man de senere årene har begynt å interessere seg for dem, også i det offentlige hjelpeapparatet. Allikevel er det mange måter å forstå hvorfor livet kan oppleves komplisert for noen, og hvordan livets ulike belastninger kan bidra til sykdomsutvikling på grunn av sårbarhet.

1.4 Bakgrunn og tall

En del av stillingen min i dag er knyttet til det kommunale familiesenteret. Dette ble opprette som er tilbud i forbindelse med barne- og ungdomsdelen av Opptreppingsplan for psykisk

² Kunnskapsorganisasjon med fokus på oppvekstvilkår og psykisk helse (vfb.no, 16. april 2010).

helse 1999-2006, St.prp. 63. Familiesenteret er et lavterskeltilbud med henvisninger primært fra helsesøstertjenesten og familier/ungdom selv (Rana Kommune 2006).

Formålet er å bidra til egen mestring, bevisstgjøre foreldrene på egne ressurser, styrke deres kompetanse, bedre kontakten mellom barn og foreldre, veilede ved psykiske vansker og psykososiale problem, og skape nettverk. I tillegg driver vi ulike grupper. (Informasjon om Familiesenteret på ranakommune.no, 23. august 2010)

Gruppeaktivitetene er grupper for foreldre med psykiske lidelser og ungene deres, unge gravide-grupper, unge mødre-grupper, og vi har gjennomført en gruppe for barn av psykisk syke. Den andre delen av stillingen min er ved Avdeling for psykisk helsearbeid, der råd og veiledning³ er primærfunksjoner. Et skille mellom Familiesenterets oppgaver og Familievernkontorets⁴, er at vi kun snakker med familier der det er barn, og der foreldrenes utfordringer får konsekvenser for barna, eventuelt at barn henvises til oss med egne utfordringer⁵.

I denne oppgaven er det tilbudet ved Familiesenteret jeg skal se nærmere på, og da den delen av arbeidet som er knyttet direkte til familier der mor eller far er psykisk syk. Temaet har i mange år interessert meg, og jeg fikk mulighet til å fordype meg ytterligere i det da vi fikk tilbud om å være med på et prosjekt - Styrket Mestring I Livet (SMIL)⁶ (Ot.prp. nr.84:14).

Tall (Ot.prp. nr. 84⁷) forteller at 130 000 barn lever sammen med foreldre som er psykisk syke eller rusmiddelavhengige, og at det er en risiko på mellom 30 og 60% for at barna utvikler egen sykdom⁸. Med slike tall som referert til her, er det åpenbart at det vil være av stor betydning for de menneskene det gjelder, å sette inn tiltak som kan bidra til å forebygge sykdom. Mye av det tradisjonelle hjelpeapparatet er innrettet på innsats når sykdom eller store problemer allerede har utviklet seg. Dette gjelder Barneverntjenesten, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste (PPT) og Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP). Mellom barnehage, skole og helsestasjon på den ene siden, og dette spesialiserte hjelpeapparatet på

³ I henhold til Lov om sosiale tjenester, 13. desember 1991 nr 81.

⁴ Bufetat (Barn- ungdom- og familieetaten).

⁵ Kap. 3.1.

⁶ Lærings- og mestringsgrupper for barn med psykiske syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Dette beskriver jeg i kap. 4.

⁷ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonell-loven m.m. (oppfølging av born som pårørende.

⁸ Kap. 3.3

den andre siden, finnes lite og ofte ingenting å tilby familier. I Rana er dette ”i mellom”, Familiesenteret. Det foreligger ulike statlige føringer for å styrke innsatsen mot denne målgruppa⁹.

1.5 Forskningsspørsmål

Ved Familiesenteret gir vi i dag blant annet et tilbud til familier der mor og/eller far har psykiske lidelser. Vi gjør oss stadig nye erfaringer som øker vår kunnskap, kompetanse og nysgjerrighet, og som bidrar til at vi kan utvikle familiearbeidet ved Familiesenteret ytterligere. Dette gjelder selvsagt alt arbeidet vi gjør, men jeg har valgt å holde mitt fokus på familier der barn vokser opp med foreldre med psykiske lidelser.

Forskingsspørsmål

- Hvordan kan Familiesenteret i Rana gi et reflektert tilbud til familier der én eller begge foreldre er psykisk syke, og som er i tråd med sosialkonstruksjonistiske ideer og systemisk forståelse.
 - Gjennom utvikling av et tilbud i samarbeid med kolleger, andre faggrupper og familiene selv, tidligere forskning, empiri og litteratur.
 - Gjennom plan, handling, observasjon, refleksjon som gjentakende sirkler.
- Hvordan kan vi bidra til å muliggjøre deltakelse på våre arenaer, på familienes egne premisser.
 - En undersøkelse av hva som kreves av oss som hjelpere og familiene for at både foreldre og barn skal kunne motta våre hjelpebidrag.

1.6 Avgrensninger og avklaringer

Når jeg beskriver *barn av foreldre med psykiske lidelser*, så er dette en forenklet beskrivelse av relasjoner i familier. Selv om flest barn vokser opp med sine biologiske foreldre, er det mange som også vokser opp med steforeldre, og noen sammen med andre omsorgspersoner. Killén (2007) snakker om *tilknytningspersoner* og Øvreeide (2001) snakker om *relevante voksne*. Disse er barnas omsorgspersoner og de som har størst betydning for barns utviklingsmuligheter. I oppgaven forholder jeg meg til *mor* og *far*, uavhengig av biologiske forhold.

⁹ Kap. 3.4

Psykisk sykdom er et vidt begrep, og like lite beskrivende i seg selv som fysisk sykdom (Glistrup 2004). Sykdommen kan spenne fra lette angsttilstander til mer kroniske og livslange schizofrenilidelser. Varighet, opplevd sykdomsfølelse, hvordan den kommer til uttrykk, og nettverk, er blant de faktorer som er avgjørende for hvordan en psykisk lidelse påvirker den sykes foreldrefunksjon og dermed barnets omsorgssituasjon og utviklingsmulighet.¹⁰

I stadig større grad snakker man om gruppen barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke foreldre, blant annet i Lov om Helsepersonell og Spesialisthelsetjenesteloven. Jeg velger å avgrense mitt arbeid til barn med foreldre med psykiske lidelser. Mitt arbeidsfelt og min kompetanse er knyttet til denne målgruppen, og det er i skrivende stund uavklart internt i kommunen hvem som har ansvar for målgruppe barn av rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke. Selv om jeg konsentrerer meg om gruppen *barn av psykisk syke* i denne oppgaven, vil kunnskapen også ha overføringsverdi til de andre gruppene. De har mange sammenfallende behov og utfordringer, slik det blant annet er beskrevet gjennom lovverket. Jeg begrenser også mitt arbeid og min forståelse til aldersgruppen 9 til 13 år, da det er dette som er målgruppen for SMIL-prosjektet.

Jeg velger å ikke bruke plass i oppgaven til å gå igjennom utviklingsteori, sårbarhetsmodeller og beskyttelses- og risikofaktorer (Gjærum, Grøholt og Sommerschild 1999, Killén 2007, Skogøy 2009, Øvreeide 2009). Uavhengig av medfødt sårbarhet og utviklingstrinn, vet vi at disse barna av mange grunner¹¹ er spesielt utsatt for å utvikle egne symptomer eller sykdom. Vi vet at disse barna ofte blir oversett av hjelpeapparatet for de voksne, og at det er for lite kunnskap om barna i barnehage, skole og kommunale hjelpeinstanser (Glistrup 2004). Det er derfor viktig å undersøke hvordan vi i det kommunale hjelpeapparatet kan bidra til forebyggende arbeid, uavhengig av de enkelte familier og deres spesielle utfordringer.

Gjennom oppgaven bruker jeg *hjelpearbeid* som benevnelse på det arbeidet vi gjør som ansatte i kommunen. Der litteratur bruker ord som behandler og terapeut, referer jeg til dette, men setter likhetstegn til mitt eget *hjelper* og *hjelperrolle*. Jeg syns det er vanskelig å finne gode benevnelser for hvem vi er i forhold til hverandre. I spesialisthelsetjenesten er

¹⁰ Kap. 3.2

¹¹ Kap. 3.3

relasjonen gjerne definert gjennom stillingsbetegnelser som *terapeut* og *behandler*, mens i det kommunale hjelpeapparat er vi i større grad tilsatt i ulike stillingsbenevnelse som ikke er beskrivende for relasjon, for eksempel *psykisk helsearbeider*, *psykiatrisk sykepleier* eller *konsulent/sosialkonsulent*.

1.7 Håp og ønsker for arbeidet

Arbeidet mitt vil ha et eksplorerende siktemål (Thagaard 2003). Hensikten er å skape nye muligheter for praksis, uten å ha hypoteser og ideer om dette på forhånd, men med utgangspunkt i de spørsmål som oppstår underveis i praksis.

Jeg er ikke ute etter endelige svar, men tenker at vi hele tiden er i prosesser, hvor endringer skjer kontinuerlig på bakgrunn av blant annet relasjoner, erfaring og kunnskapserving. Å bidra til at det skapes nye muligheter for praksis, uten hypoteser og ideer på forhånd, er et mål for arbeidet. Endrings- og utviklingsarbeid skjer i samhandling med andre. En undersøkelse av hvordan vi lokalt, med våre tilgjengelige ressurser (tid, kompetanse, økonomi) best kan gi våre familier et tilbud ved Familiesenteret, er nyttig med tanke på hvordan skape nye muligheter for praksis. Videre ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om hvordan endringer kan kvalitetssikres, og undersøke hvordan implementere en slik arbeidsmodell etter avsluttet mastergradsarbeid, for videre kvalitetssikring.

1.8 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 vil jeg gjøre rede for min vitenskapsteoretiske forståelse, forskningstilnærming og metodisk arbeid. Kapittel 3 beskriver organisasjon, status, forskning og teorifelt som er relevant for temaet og aksjonsforskningen min. Jeg forholder meg til forskning og litteratur knyttet til barn av psykisk syke foreldre, som har utgangspunkt i en sosialkonstruksjonistisk forståelse, og hvor flere av forfatterne/forskerne henvender seg til systemisk og språkssystemisk tilnærming. Temaet er relativt nytt (Skogøy 2009), og teoritilfanget er ennå ikke veldig stort. Beskrivelser av gruppetilbud for barn av psykisk syke i Norge referer i all hovedsak til den samme teori og forskning, slik også familiesamtaler der foreldre er psykisk syke gjør. Kapittel 4 er gjennomføring av aksjonsforskningen min, hvor jeg beskriver fortløpende aksjonene og refleksjoner til disse. Avslutningsvis, i kapittel fem, oppsummerer jeg kort tanker om hvor jeg er i forhold til forskningsspørsmålene mine, og veien videre.

Kap. 2 Slik forstår jeg

...en teoretisk referanseramme

Bakhtin 1984: The very being of man (both internal and external) is a profound communication. To be means to communicate (Bakhtin i Dysthe 2001:109).

2.1 Innledning

Noen ganger, som nå, er det vanskelig å finne ordene jeg skal starte med, når jeg skal beskrive og redegjøre. Derfor henter jeg hjelp hos Kathy Weingarten og hennes måte å beskrive hvordan hun forholder seg i verden. Hun beskriver veien fra å være en modernist til å nå være en postmoderne terapeut og sier

Before, I never fully inhabited my work, which I know is so because I dropped what I did at work when I left. Now, and for the past decade or so, there is congruence between the worldview that informs my professional and personal lives (1998:5).

Jeg setter pris på Weingartens ord om at det er sammenheng mellom hvem vi er som mennesker ved alle livets forhold.

2.2 Sosialkonstruksjonisme

For å beskrive hvordan jeg tenker at vi som mennesker fungerer i og i forhold til verden, henvender jeg meg til sosialkonstruksjonismen slik Gergen (2009) beskriver den. Sosialkonstruksjonismen har ikke en opprinnelse, og den er heller ikke skapt av noen. Dens ideer eksisterer gjennom pågående dialoger vi alle bidrar til. Sosialkonstruksjonismen innebærer at det ikke finnes noen objektiv sannhet, vi forstår gjennom samhandling, språk og kultur. Vi skaper, samskaper og konstruerer i møte med omgivelsene, i rommet mellom menneskene. Vi blir til mens vi lever, og vi skaper nye historier med dem vi er i livet sammen med. Lundby (2003) beskriver hvordan vi mennesker er sosiale individer som formes i samhandling med andre mennesker. Han sier at all kunnskap utvikler seg i rommet mellom folk. Han refererer til David Parés tre eksisterende *trossystemer*, hvor sosialkonstruksjonismen beskrives som den tredje: ”Kunnskap oppstår i et fellesskap av *vitere* – de virkelighetene vi bebor er de vi forhandler med hverandre om” (ibid:64). Det første trossystemet knytter seg til begrep som modernisme, positivisme og naturvitenskap,

som alle forholder seg til at det finnes objektive sannheter, og at vi som terapeuter er eksperten som kan helbrede klienten/pasienten gjennom vår kunnskap. Det andre knytter seg til konstruktivisme, som vektlegger individets og subjektets egne konstruksjoner, og som slik skiller seg fra en sosialkonstruksjonistisk idé om at det er gjennom språket og samhandling vi konstrueres. Men både konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme beskriver "...at vi mennesker ikke har mulighet til å erkjenne virkeligheten på en objektiv sann måte..." (ibid:66).

Hva betyr dette for familier, der barn og voksne skal forhandle om virkeligheten, og barn gjennom dette skal skape forståelse av livet og seg selv sammen med sine nære voksne, når den voksnes foreldrefunksjon er svekket av sykdom? Lundby sier det er gjennom pågående samtaler med nære andre vi utvikler vår identitet.

2.3 Systemisk tilnærming

Sosialkonstruksjonismens beskrivelser av hvordan mening skapes i språket mellom mennesker, har hatt stor innflytelse på systemisk tilnærming (Vedeler 2004). I følge Bjartveit og Kjærstad (2001) kan man ikke forstå menneskets psykologi ved å studere enkeltindividet. Man må se på relasjonene i systemene og hvordan de påvirker hverandre. I sin beskrivelse av systemisk terapies utvikling, sier Vedeler (2004) at systemiske terapeuter hovedsaklig ble opptatt av kommunikasjonen mellom mennesker. Innenfor systemisk tilnærming, vil terapeuten være en del av det hun observerer, et observerende system. Tilnærmingen er også preget av at klienten er ekspert på eget liv.

Da jeg startet denne utdanningen for snart fire år siden, ble det sagt at å jobbe innenfor Familieterapi og systemisk praksis ikke nødvendigvis betyr å jobbe direkte med og i familiene, men tanken om at ting henger sammen er sentral. I jobben treffer jeg ofte klienten alene først. Dette fordi jeg er en del av hjelpeapparatets tradisjonelle måte å tenke behandling, hvor individet henvises for sine problemer, og henviser ofte er lege og spesialisthelsetjeneste. Det er også liten tradisjon innad i det kommunale hjelpeapparat for å beskrive familiesituasjoner og utfordringer knyttet til nære relasjoner. Det er den definerte klient som beskrives, og gjerne innenfor det Tom Andersen i en forelesning (Diakonhjemmet 23.04.07) kalte "fiaskospråk", som ofte er preget av ord som "sinne, tristhet, apati, døsighet", og som han i Reflekterende samtaler; Min versjon (Seikkula og Eliassen 2006:35) kaller "det

patologiske (svikt-)språket”. Ord som beskriver hva folk ikke kan og ikke får til. Spesielt gjelder dette for voksne, over 18 år. Jo yngre barn er, jo større er sannsynligheten for at foreldre i hvert fall inviteres med i arbeidet. Et viktig fokus for meg er at alle har historier å fortelle fra sine liv som kan settes i sammenheng med hvordan de har det, og at vanskeligheter ikke oppstår i vakuum (Lundby 2003).

2.4 Språkssystemisk tilnærming

Rolf Sundet og Tom Andersen (Seikkula og Eliassen 2006) beskriver begge bevegelsen fra å være opptatt av det systemiske perspektivet og det språket som preget dette, til å bli mer opptatt av språket og språkvitenskapene. Andersen forteller hvordan Harry Goolishian i 1988 tok til ordet for å flytte fokus fra en ”statisk struktur” (ibid:39) og beskrivelser man blant annet gjorde gjennom tegning av nettverkskart, til å bli opptatt av hva man snakket om og hvordan man snakket sammen. Mennesket må forstås i forhold til andre, og forståelse og endringsmulighet ligger i språket mellom mennesker. ”Det er i språket mening dannes, og språk er alltid noe sosialt. Språk er altså mellom mennesker og del av en kultur” (Hårtveit og Jensen 2004:60).

Av ulike retninger innenfor systemisk tilnærming, er det innefor det språkssystemiske feltet jeg har funnet det jeg fascineres mest av. Den språkssystemiske tilnærmingen beskriver hvordan språket former oss og hvordan vi kan bruke språket til å skape endring.

Det synet man har på hvordan forandring muliggjøres innenfor det språkssystemiske, kaller Harlene Anderson ”en filosofisk holdning, det vil si en måte at være på i forhold til vores medmennesker...” (2003:130). Denne filosofiske holdningen danner bakgrunn for hvordan terapeutens relasjon til klienten vil være. Den er samtidig en livsfilosofi, som påvirker oss ikke bare i våre profesjonelle liv, men også i våre private (Weingarten 1998). Den enkeltes egne filosofiske holdning, gjør at man utvikler sin egen stil tilpasset sin personlighet. Dette fordi forståelse alltid vil være individuell, og forvaltes ulikt i de ulike møtene med mennesker og de ulike kontekster. Man kan ikke etterlikne en annen, da vil vi begrenses i møtet med den andre (Anderson 2003). Hun sier at holdning ikke er teori eller teknikk. ”Jeg er med vilje åpen, oppriktig, værdsettende, respekterende, imødekommende og nysgjerrig. (...) fordi jeg setter pris på det” (ibid:146-147). Slik sett vil man kunne si at den språkssystemiske tilnærming er mer en *holdning* enn en metode.

2.5 Om et språk jeg kan bruke; dialogen

Når jeg så langt har trukket frem systemisk og språkssystemisk tilnærming som det jeg er blitt opptatt av, ønsker jeg å beskrive dialogen som virkemiddel: Ideen om *dialogen* som virkemiddel eller *etisk holdning* (Shotter 2009 a¹²) i møte med mennesker, og som én mulig forutsetning for barns utvikling i et forebyggende perspektiv der foreldre er psykisk syke.

Den russiske filosofen og litteraturviteren Mikhail Bakhtin (1985-1975) har inspirert mange¹³ med sine ideer og tanker om dialogen. Dysthe (2001) referere til hans *dialogisme*, og jeg forstår dette som Bakhtins *språkteori*. Hans ideer blant annet om at hele vår eksistens er dialog, at livet er en kontinuerlig uavsluttet dialog, og at å være er å kommunisere, har ifølge Anderson (2003) vært betydningsfulle for mange innenfor utvikling av systemisk og språkssystemisk tilnærming og innenfor familieterapifeltet.

Anderson sier problemer oppstår og oppløses i språket og samtalen. Hun sier at terapi og oppløsning av problemer, skjer i et likeverdig samarbeid mellom klient og terapeut, der klienten er ekspert på sitt liv og sine fortellinger, og terapeuten er eksperten på prosessen i samtalen. Dette kaller hun *dialog*. Til motsetning preges monologen av tanken om at terapeuten er eksperten på klientens problem og problemløsning. I dialogen åpnes det for klientens initiativ, frihet og muligheter, og klienten blir også delaktig i egen behandling, og det må være terapeutens mål å etablere denne.

Anderson beskriver som sentrale kjennetegn ved dialogisk samtale at klient og terapeut undersøker ting i fellesskap. Klient og terapeut befinner seg som likeverdige samtalepartnere, som snakker *med* hverandre. Gjennom samtalen søker man forståelse gjennom felles undersøkelse. Terapeutens holdning legger til rette for et dialogisk rom som favner mange forskjellige ideer, meninger og holdninger. En slik samtale innebærer felles undersøkelse av det klienten ønsker terapeuten skal forstå, samt utvikling av noe nytt. Terapi er en målrettet samtale hvor klient og terapeut sammen skaper nye historier og dermed ny organisering av forståelse og opplevelse, og nye muligheter oppstår gjennom dialogen. Anderson sidestiller en terapeutisk prosess med en dialogisk samtale.

¹² John Shotter er Professor Emeritus ved University of New Hampshire, USA. Han beskrives, sammen med Tom Andersen (1926-2007), som to av det systemiske familieterapifeltets grand old men (Vedeler 2007).

¹³ Blant andre Seikkula (2000), Anderson (2003), Andersen (2005) og Shotter (2009 b).

Anderson snakker om *terapi* og *terapeut*, og dialogen mellom *terapeut* og *klient*, som i en terapi- eller behandlerrelasjon. I min studie *oversetter* jeg dette til dialogen mellom familien og meg som gruppeleder og samtalepartner.

Da jeg ble klar over dialogen, gjennom monologen

Mitt forhold til dialogen som en filosofi, har utviklet seg gjennom en prosess. På mange områder har jeg vært oppmerksom på hvordan ting ikke skulle være, men ikke hatt klart for meg hva som var alternativer. I all hovedsak har jeg jobbet i eller nært systemer som har vært nært knyttet til spesialisthelsetjenester innen psykiatri, psykisk helsearbeid for barn og voksne, eller institusjonsomsorg for barn og ungdom, og som har nær tilknytning til den naturvitenskapelige tradisjon. Innenfor dette har jeg ikke funnet gode måter å forstå og beskrive verden og møte mellom mennesker på. Så ble jeg kjent med tanker og ideer som begynte å gi mening, innenfor de systemiske og språkssystemisk tilnærmingene. Innblikk i dialogens ideer, ga også innblikk i *monologens*.

”... Helt enkelt kan vi skille mellom monologisk og dialogisk diskurs på grunnlag av hvorvidt diskursen ”vil” at vi skal oppfatte redistribusjonen av andres ord, hvorvidt den andre(s) betydninger inngår i intensjonen eller planen med ytringen; Hvorvidt ytringen orienterer seg mot andres ord eller vil være det eneste ordet om objektet. Den monologiske diskursen kan altså inneholde andres ord, men det er ikke meningen at vi skal legge merke til dem. ...” (Skaftun 2002:147).

For å danne meg et bilde av hva noe skal være, må jeg også ha en idé om hva det ikke skal være. Å forstå et menneske i seg selv, uten kontekst, å plassere kunnskap om mennesket inn i diagnostiske forståelsesformer og manualbaserte samtaler, der ble nettopp Skaftun sin beskrivelse av den monologiske diskursen en hjelp for meg til å forstå hva det ikke skulle være. Dette vil være begrensende for i hvor stor grad jeg kan legge merke til betydningen i den andres ord.

2.6 Dialogen i gruppe og i familiesamtale

Når jeg er opptatt av dette temaet, er det fordi jeg de senere årene er blitt stadig mer opptatt av familiene og familiesamtalene. Når Harlene Anderson, Tom Andersen og Jaakko Seikkula alle sier at problemer oppstår i språket, og må derfor oppløses i språket, så er jeg blitt nysgjerrig på hva dette innebærer i praksis. Jeg er opptatt av at vi forstår vår verden innenfor en sosialkonstruksjonistisk og språkssystemisk ramme, og ideene om at språket skaper mening for mennesker og mellom mennesker. Hva betyr så dette for de familiene vi kommer i

kontakt med? Det er forsket på og sannsynliggjort at det er en betydelig arvelighet av psykiske lidelser mellom generasjoner¹⁴. Samtidig er det sannsynliggjort at dersom det jobbes forebyggende i de samme familiene, vil mange barn vokse opp med mindre utfordringer i forhold til egen psykisk helse. (Øvreeide 2000, Glistrup 2004, Killén 2007).

Hårtveit og Jensen (2004) henviser til John Shotter som beskriver sosialkonstruksjonismen som den språklige samhandling som skaper fellesskap, den enkeltes selvforståelse og virkelighetsforståelse. Å skape mening står sentralt i dialogen; mening blir skapt og gjenskapt. Geir Lundby (2003) hevder at det er gjennom samhandling, språk og kultur vi forstår oss selv og andre. Vedeler (2004) beskriver hvordan mening blir sosialt konstruert i dialogen; vi lever i og forstår verden gjennom dialogen, og språkets rolle er viktig for løsning av problemer.

2.7 ...og slik vil jeg forske

...aksjonsforskning

Når jeg med overnevnte som utgangspunkt skal gjøre et arbeid knytta til masteroppgaven, har jeg noen metodologiske og metodiske valgmuligheter. Innen kvantitativ forskning, som oftest benyttes innen modernistiske, positivistiske og naturvitenskapelige tradisjoner, er man opptatt av tall og det målbare (kvantifiserbare). I kvalitativ forskning er man opptatt av kvaliteten ved fenomenet, meningen og betydningen. (Langdridge 2006.) Kvale (2009) sammenlikner den som driver kvalitativt forskningsarbeid med en oppdagelsesreisende som finner nye historier og fortellinger gjennom interaksjon med andre mennesker. Den reisende skaper ny innsikt.

Å forstå en uro

Utgangspunktet for forskningen min var en *uro* jeg kjente på etter å ha gjennomført et gruppetilbud for barn av psykisk syke i 2008, en uro jeg ikke greide å beskrive. Den 27. august 2010 var jeg på et foredrag ved Høgskolen i Bodø, Avd. Rana og hørte doktorgradstipendiat Grete Salicath Halvorsen snakke om ”Hva vil det si å reflektere – å skille mellom det kognitive og det kroppslige”, hvor hun blant annet snakket om uro. Det hun kalte uro, knyttet hun til den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) beskrivelser

¹⁴ Kap. 3.3

av *erfaring* eller *forståelse* som både brudd og kontinuitet, og at en egentlig erfaring får vi med *bruddet*; med det som ikke faller umiddelbart på plass i de kjente kategoriene, det som ikke svarer til forventningene (Halvorsen 2010). ”Når det er noe som ikke stemmer med egne erfaringer, da er du i ferd med å skjønne noe mer” (Halvorsen 27.08.10). Kanskje var det i dette bruddet at min uro oppsto, når det jeg erfarte ikke var til å beskrive, fordi det ikke passet inn i det kjente, og ikke var i overensstemmelse med mine forventninger. Derfor ble erfaringene fra Cu2 en uro jeg ikke kunne sette ord på.

Halvorsen hadde lånt ord fra Ole Brumm, og jeg har lånt disse ordene fra Halvorsen igjen.

"Hallo!" sa Nøff, "hva holder du på med?"
"Går på jakt," sa Brumm.
"På jakt etter hva?"
"Følger et spor," sa Brumm hemmelighetsfullt.
"Hva slags spor?" spurte Nøff og kom nærmere.
"Det er nettopp det jeg spør meg
selv om. Jeg spør meg selv: Hva slags?"
"Hva tror du at du kommer til å svare?"
spurte Nøff.
"Jeg vil vente med å svare til jeg har nådd
den som lager det," sa Brumm. (Milne 1995:36)

Nå er det slik i kvalitativt forskningsarbeid, at man ikke nødvendigvis er ute etter å finne svar (Kvale 2009), og det er heller ikke mitt mål. Men det Ole Brumm sier om å jakte på noe han ikke vet hva er, og ikke forsøke å formulere verken vei eller svar inntil han finner det, er en god metafor på mitt arbeid. Jeg kjenner en uro jeg ikke greier å artikulere, og jeg må finne en måte å bevege meg på som gjør at jeg kan forstå det bedre.

Å bevege meg med aksjonsforskningen

For å bruke andre ord enn uro, ønsker jeg gjennom mastergradsarbeidet mitt å bidra til forbedring av praksis på egen arbeidsplass. Med dette som utgangspunkt, ønsker jeg å benytte meg av *aksjonsforskning*. Aksjonsforskningen befinner seg innenfor den kvalitative forskningen, men betegnes ofte som et *tillegg* til tradisjonell kvalitativ forskning. Jeg forstår at dette *i tillegg til* handler om at man innen aksjonsforskning er opptatt av å bringe tilbake til praksis den økte, fornyede kunnskapen, slik at forbedring kan skje. Dette er ikke nødvendigvis et mål eller en del av arbeidet ved andre forskningstradisjoner. (Husøy 2005). Som jeg beskriver innledningsvis, er utgangspunktet for forskningen min spørsmål knyttet til egen praksis, mitt ønske om å forstå mer, og å forbedre egen praksis slik at vi kan gi våre

brukere et bedre tilbud. Dette er i følge Tiller (2004) et godt utgangspunkt for å drive aksjonsforskning.

Aksjonsforskningstradisjonene i Norge er sterkest innenfor pedagogisk forskning, men slik aksjonsforskning beskrives som helhetlig forskningsverktøy av både Tiller (2004) og Husøy (2005), tenker jeg at med mitt utgangspunkt for studiet; altså min uro, mitt syn på verden og mine ønsker for arbeidet; altså forbedring av praksis, gjør at det er nettopp med aksjonsforskningen jeg kan bevege meg videre. Husøy (2005) sier at kunnskap blir konstruert gjennom samarbeid. Dette er et sosialkonstruksjonistisk utgangspunkt for å forstå. Jeg vet ikke hvor veien skal gå videre, jeg vet bare hvor jeg er nå. Husøy beskriver at det innenfor aksjonsforskningen gis rom for problemløsende samarbeid med kolleger og med muligheter for å endre eller justere kurs underveis, samtidig med at man er i praksis og hjelpearbeid utføres. Slik kan jeg gjennom egen praksis forøke å forstå mer av min egen uro, gjennom en oppdagelsesreise.

Å ha fokus på barn av psykisk syke foreldre er relativt nytt. Først det siste tiåret er det gjort en innsats for å øke kunnskapen og kompetansen på området i ulike deler av hjelpeapparatet. Dette gjelder også Rana Kommune. Gjennom lovverk og statlige føringer er det lagt til rette for bedre livsvilkår for denne målgruppen. Det som står igjen, er å implementere dette i kunnskap og holdning hos hjelperne, både de som jobber med barn og de som jobber med voksne, og dermed gjøre det til en del av det daglige arbeidet. Jeg ønsker gjennom et systematisk vitenskapelig arbeid, å bidra til nettopp dette i vår kommune.

En beskrivelse av aksjonsforskning

Utgangspunktet for aksjonsforskning var i sin tid knyttet til ønske om endring innenfor sosiale systemer, og utvikling av arbeidsprosesser som kombinerte aksjon og forskning. Fuglseth og Skogen (2006) sier at aksjonsforskning forutsetter samfunnsengasjement og solidaritet. Dette innebærer at en som driver med aksjonsforskning forplikter seg til å utarbeide prosesser som er til gagn for menneskers situasjon i samfunnet, og at dette skjer gjennom vitenskapelig og praktisk tilnærming. Risberg (2009) sier at aksjonsforskning skal komme deltakere og organisasjon til gode, som innebærer at ny kunnskap skal tilbake til praksis.

Aksjonsforskning forutsetter i følge Fuglseth og Skogen (2006:173)

- vitenskapelig metodisk og teoretisk kunnskap

- innsikt i praksisfeltet
- kunnskap om endringsprosesser

Om dette sier Tiller (2004:144) at aksjonsforskningen er praksisnær, hvor

- forsker er aktiv deltaker i praksis
- praktiker er aktiv deltaker ved analyse/evaluering
- aksjon – handling står sentralt

Det beskrives som komplisert og utfordrende forskningsarbeid, blant annet fordi det krever større nærhet og tettere samhandling mellom forsker og praktiker enn ved andre forskningstradisjoner.

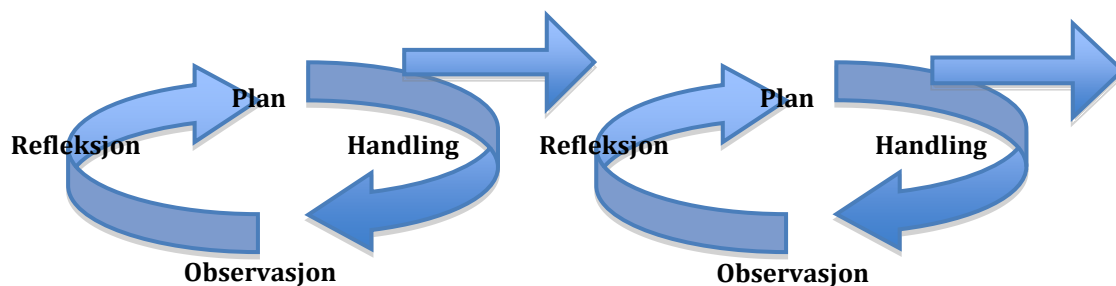
Aksjonsforskning gjennomføres ved samarbeidende, kritisk analyse foretatt av deltakerne selv slik at dette fører til profesjonell utvikling gjennom grupperefleksjon, handling, evaluering og forbedring av praksis, produsere kunnskap og dokumentere endringsprosesser og forbedret praksis (Tiller 2004:150).

Aksjonsforskning i praksis

Aksjonsforskningen kan foregå på følgende måte, slik Tiller beskriver det: Man iverksetter aksjon i praksisfeltet og prøver å påvirke en situasjon gjennom tiltak. Så studerer/evaluerer man virkningen. Dette kan bidra til praktiske forbedringer og forbedret forståelse.

Aksjonsforskning beskrives som en stadig vekselvirkning mellom praksis, fornying av praksis og forskning på ny praksis. Beskrevet på en annen måte, er aksjonsforskning stadige sirkler hvor *plan – handling – observasjon – refleksjon* gjentar seg (Tiller 2004, Risberg 2009).

Aksjonsforskningens ”tenkte” sirkler



Som aksjonsforsker innenfor egen praksis, vil datatilfanget være stort. Tiller (1999) sier det er hensiktsmessig å samle tre typer data; *kontekstdata* som er skriftlige planer og struktur, *prosessdata* som er data fra aksjonene, samt *verdidata* som beskriver egne observasjoner og refleksjoner underveis.

Det skilles på ulike aksjonsforskningsformer. To av dem passer mitt prosjekt: Praktisk aksjonsforskning hvor det er et gjensidig samarbeid mellom forsker og deltaker, og forskeren omtales som prosessveileder og oppsummerer refleksjoner, og frigjørende aksjonsforskning, hvor deltakerne selv tar ansvar for utvikling av prosessen (Tiller 2004, Risberg 2009). Det forutsettes at forsker har kompetanse på teori og analyseredskap, mens praktikeren har kompetanse på sine erfaringer og forståelser. Jeg er både forsker og deltaker fordi jeg forsker på egen praksis. Jeg har også flere deltakere med meg, hvor de viktigste i forhold til studiet mitt har vært; mine kolleger på Familiesenteret, øvrige samarbeidspartnere i hjelpeapparatet som jobber med samme målgruppe, prosjektgruppa til SMIL-prosjektet, studiegruppe knyttet til John Shotters arbeid med Anne Hedvig Vedeler som veileder, og ikke minst de erfaringene jeg daglig gjør i møte med mennesker.

Å forske i egen praksis

Aksjonsforskning forutsetter altså kombinasjon av vitenskap og praksis. I studien skal jeg tilegne meg kunnskap og kompetanse innen metode og forskning, samtidig som jeg innehar kunnskap og kompetanse innen praksisfeltet. Ansvaret som forsker innenfor aksjonsforskningen er å bringe inn litteratur til praksisfeltet, og å samle inn data og informasjon. Samtaler tatt opp på lydbånd, dokumenter og referater skal studeres og analyseres. Alt bringes tilbake til praksisfeltet. Slik er det mitt ansvar som forsker å holde prosessen i gang, være pådriver, tilrettelegger, og initiere utviklings- og endringsarbeidet. (Tiller 2004). Husøy sier at utfordringene som aksjonsforsker kan deles inn i tre perspektiv; forskningsfeltet, deltakerperspektivet og forskerrollen, og hvor forskerrollen er den mest sentrale i kvalitativ forskning (2005:9). Tiller (2004) sier at ikke alle er like godt kvalifisert til å drive forskning i det uferdige og Husøy (2005) peker på behovet for kunnskap om egen og informanternes kultur for å kunne tolke data. I jobbsammenheng har jeg hatt som virke i 20 år å snakke med folk. Mine erfaringer med å samtale med mennesker, og derigjennom kunnskap om endringsarbeid, vil være viktig i aksjonsforskningsarbeid, som stiller krav til dialog, refleksjon og nettopp endringsarbeid (Tiller 2004).

For å sikre aksjonsforskningen som et legitimt bidrag til vitenskapen, stilles det i følge Eilertsen krav til ”systematisk dokumentasjon, argumentasjon og teoribygging” (i Tiller 2004:42). Vedeler (2004) peker på at prosjektet skal være forståelig for leseren, at det sjekkes ut med de andre deltakerne at de kjenner seg igjen i prosjektet og at de føler de har vært

deltakende, som viktige poeng. Videre peker hun på at *flerstemthet* er med på å sikre studiens validitet. Men dette forstår jeg at når jeg benytter meg av logg, referater, kollegers stemmer, veilednings- og studiegrupper, prosjektplan, empiri og litteratur i tillegg til egne refleksjoner, bidrar dette til å sikre flerstemthet i studien min, og dermed validitet. Ved å gi rom til flere stemmer, vil også min rolle som forsker og deltaker bli mindre dominerende. I henhold til kvalitativ forskning innenfor en sosialkonstruksjonistisk ramme, er det ikke mulig å ikke påvirke. Det er derfor av stor betydning å være klar over egen påvirkning og reflektere rundt dette underveis i prosessen (Bjørndal i Tiller 2004). Det handler om å undersøke min egen rolle som forsker og ”den reflektive forestilling” (ibid:124) jeg har om meg selv i rollen. I tillegg til å reflektere over praksis, må jeg reflektere over egne antagelser og verdier, og som aktivt deltakende forsker vil det være spesielt viktig å reflektere over egen tilstedeværelse i prosessen.

2.8 Utvalg

Da jeg skulle starte aksjonsforskningen, var det enkelt å gjøre et valg i forhold til hvor jeg skulle starte. Tilfeldighetene ville det slik at en av de som hadde vært deltaker i samarbeidet rundt Cu2-gruppa, og ansatt ved lokalsykehuset, hadde vært på en konferanse i Oslo hvor SMIL-prosjektet ble presentert, og det var ønskelig med en distriktspilot¹⁵. Da vi ved Familiesenteret ble forespurt om å være med på dette pilotarbeidet, var valget enkelt. Ved å delta fikk jeg en mulighet til å undersøke uroen min nærmere. Men veien videre visste jeg ingenting om ved oppstart av forskningen.

Ved starten av feltarbeidet må det foreligge en beskrivelse av den generelle tilnærmingen til arbeidet, en grovkisse for fremdrift. Detaljplanlegging kan ikke skje før man står i situasjonen (Madsen i Tiller 2004:155).

Da moren til Petter¹⁶ ringte meg mellom syvende og åttende gruppesamling¹⁷ var vi kommet til et punkt i gruppearbeidet, hvor vi ikke lenger jobbet med målsettingene for prosjektet. På det tidspunktet var jeg også opptatt av å finne hvilke retning jeg skulle arbeide videre i, og hva som skulle bli min neste aksjon. Fordi moren til Petters ønsker og utfordringer passet godt inn i de problemstillinger og utfordringer vi jobbet med i gruppa, ble det slik at Petters familie ble utgangspunkt for andre aksjon.

¹⁵ SMIL-prosjektet skulle gjøre sitt utviklingsarbeid med to piloter; en storbypilot og en distriktspilot.

¹⁶ Han skal jeg fortelle om i kap. 4.3

¹⁷ Første aksjon

2.9 Forskningsetiske overveielser og konfidensialitet

Familiene jeg har fulgt i aksjonsforskningen min, er autentiske familier, og historiene om hvordan vi i hjelpeapparatet møtte dem, er beskrevet slik det var gjennom forskningsarbeidet. Men familiene og de enkelte barnas fortellinger vil vanskelig kunne spores tilbake til dem selv. Historier og eventuelt spesielle eller gjenkjennbare forhold hos ungene og deres familier er anonymiserte. Det har ikke vært nødvendig å forholde seg til innholdet i historiene deres. Innholdet i og opplevelsene av de enkelte historier til de mennesker vi treffer, vil alltid være unike, og vil derfor være av liten betydning å beskrive her. Jeg er opptatt av hvilke forhold det er som gjør det mulig for barn å få delta med seg selv og sine historier i ulike sammenhenger. Disse forholdene er i stor grad uavhengig av innhold i historiene, og beror mer på hvordan barn og voksne blir møtt av oss som hjelpere. Det som er interessant og nyttig å studere, er hvordan våre møter med familiene kan bidra til å muliggjøre for barn å delta i forbyggende helsearbeid når mor eller far er psykisk syk. Dette betyr i henhold til REK (Regional komiteer, De nasjonale forskningsetiske komiteer) sine retningslinjer (www.etikkom.no/REK, 10. mars 2009) at det ikke har vært nødvendig å søke om å få godkjent familiene som informanter til min studie.

I og med at arbeidet har fokus på gruppevirksomhet og familiesamtaler som verktøy i forebyggende arbeid, og informantene/samarbeidspartnerne er fagpersoner, er det tilstrekkelig med informert samtykke fra informantene (Thagaard 2006 og Kvale 2009).

Dette innebærer informasjon til informantene om hovedtrekk i og formål med arbeidet, mulige fordeler og ulemper ved deltakelse i prosjektet, og at de til enhver tid kan trekke seg fra samarbeidet. Det er også en selvfølge at både informanten og materialet behandles med respekt. I et kvalitativt forskningsprosjekt er et dilemma at prosjektet er i kontinuerlig endring, slik sosialkonstruksjonisme beskriver. Dermed kan informert samtykke aldri gi et totalt bilde, og det er viktig å informere informantene om endringer underveis (Thagaard 2006, Kvale 2009).

Informert samtykke innebærer også informasjon til informantene om hvordan eventuelle samtaler og opptak skal benyttes, rapportering og publisering, hvordan materialet blir oppbevart og hva som skjer med det etter prosjektets slutt. Informantene må tilbys konfidensialitet. Dette innebærer at navn og posisjon ikke kan føres tilbake til den det

gjelder, i den grad dette er mulig¹⁸. Når jeg benytter meg av kolleger ved Familiesenteret og andre nære samarbeidspartnere, er det åpenbart hvem informantene er, dersom man ønsker å finne det ut. Derfor er det viktig at informantene er inneforstått med prosjektet, slik informert samtykke beskriver. I og med at utgangspunktet for diskusjonene og problemstillingene er det arbeidet vi i dag driver med barn av foreldre med psykiske lidelser, innebærer dette krav om å behandle informasjon vi tilegner oss med stor forsiktighet. Selv om det ikke er historiene til familiene jeg er interessert i, er det allikevel erfaringene vi gjør i samhandling med disse familiene, jeg er interessert i.

Det å forske på egen arbeidsplass, innebærer noen utfordringer med tanke på nærhet og distanse. Jeg må passe meg for å ikke være så nært at jeg blindes av mitt eget. Dette kan unngås ved å bringe mange stemmer inn i arbeidet, som refleksjon med kolleger og stemmer fra veilednings- og studiegrupper. Dette kan bidra til å skape avstand til mitt eget. Innenfor en sosialkonstruksjonistisk ramme, er det ikke mulig å tenke om seg selv som en utenforstående som kan "se inn" på det det forskes på. Forskeren vil være en del av forskningen, og dette kan best håndteres ved anerkjennelsen av det.

Aksjonsforskningen prøver heller ikke å si at det er en forskjell på forsker og det det forskes på, da dette er noe av aksjonsforskningens anliggende; å være en del av egen forskning, med de utfordringer dette innebærer (Tiller 2004).

2.10 Beskrivelse av aksjonsforskningen min

Innen aksjonsforskning foregår analysearbeidet underveis. I aksjonsforskningens sirkler; plan – handling – observasjon – refleksjon, skjer analysearbeidet fortløpende, som del av prosessen. Det er slik at man innen aksjonsforskning ikke kommer til en konklusjon, men man velger seg et punkt hvor man avslutter arbeidet, og sier at i denne omgang var det så langt jeg kom i forskningen. Sirklene og prosessene fortsetter inntil dette punktet settes. (Tiller 2004).

Forarbeid/plan

Når jeg ønsker å undersøke nærmere forskningsspørsmålene, er det ulike måter å gjøre dette på. Først er det slik at praksisen selv hjelper meg å komme videre i arbeidet. Erfaringene fra

¹⁸ Vedlegg nr 2

å drive mestringsgruppe for barn av psykisk syke (CU2 2006), og erfaringene fra første gruppe i aksjonsforskningen min¹⁹, er med på å forme spørsmålene jeg stiller underveis.

Derfor må jeg beskrive praksis. For å jobbe videre med spørsmålene og stadig forbedre praksis, ønsker jeg å snakke med andre som har erfaring og interesse innefor feltet.

Dette betyr at jeg må diskutere spørsmålene med min kollega som jeg driver grupper med, og de andre kollegene ved Familiesenteret, og i veiledningsgruppe jeg deltar i. I diskusjonene og møtene, vil jeg spørre om å få ta opp samtalene på lydbånd, for senere å kunne nyttiggjøre meg det når jeg skal bringe nye ideer og ny viten tilbake til praksis. Parallelt må jeg lese litteratur knyttet til tema. For at arbeidet skal ha vitenskapelig karakter, må vitenskap og praksis knyttes sammen.

Aksjonsforskningen innebærer å vende tilbake til praksis med ny kunnskap for så å prøve ut ny praksis. Dette innebærer at analysearbeidet foregår underveis. Jeg vil se på praksis, snakke med andre, lese litteratur, bringe tilbake til praksis nye ideer utifra forskningsmateriale og det jeg har lest, prøve ut i praksis nye ideer, så analysere på nytt. Slik vil prosessen foregå, inntil sluttstrek settes. Fordi det kontinuerlig vil være aktuell praksis som ligger til grunn for hva som undersøkes, er det vanskelig i forkant å gi en beskrivelse av hva og hvilke rekkefølge prosessen skal foregå. Underveis i arbeidet med prosjektplanen, endret ting seg, nye ideer formet seg, nye samtaler fant sted og nye spørsmål ble stilt. (Tiller 2004, Fuglseth og Skogen 2006.) Som forsker i et aksjonsforskningsprosjekt, er jeg nærmere egen praksis enn i andre forskningsprosjekt. Dette fordi jeg forsker på egen praksis, mens jeg samtidig er i egen praksis, og forskningen innebærer utviklingsarbeid av egen praksis (Tiller 2004).

Handling, refleksjon og analyse

I aksjonsforskning skjer aksjon (handling), refleksjon og analyse parallelt. Tiller sier at alle former for data som sier noe om forskningsformålet, kan være en del av datainnsamlingen. Mye skjer i hjelpearbeid, enten det er i en gruppe eller i en familiesamtale. I min rapport presenterer jeg bare det som er aktuelle tema i forhold til mine forskningsspørsmål. Fordi jeg i første aksjon er sammen med en kollega, og i andre aksjon er alene i min studie, er jeg i hovedsak i dialog med praksisfeltet, min kollega og med meg selv. Refleksjonen mine er i nå-situasjoner, sett i lys av foregående aksjoner, i et utviklingsarbeid. Håpet er å stadig føre oss videre til forbedret praksis, som er målet med forskningen.

¹⁹ SMIL-gruppe som jeg beskriver grundig i kap. 4.

Som redskaper har jeg benyttet meg av logg, lydopptak, møtereferat, veiledning og samtaler med kolleger. Når jeg skal i gang med analysearbeidet, er utgangspunktet å forstå utifra et fenomenologisk perspektiv. Den fenomenologiske filosofien innebærer lojalitet til fenomenet, forrang for livsverden, uttrykke situasjonen utifra den andres synsvinkel og søken etter mening (Kvale 2009). Dette stiller strenge krav til analysearbeidet. Tanken om å kunne se noe som seg selv, uavhengig av egne historier, forforståelse og ideer er fascinerende, og noe jeg ønsker å holde frem som et ideal i arbeidet. Jeg ønsker å lytte til hvordan samtalepartnere beskriver fenomenene, og forstå det som skjer i aksjonene uten forbehold. ”Realiteten er slik folk oppfatter den” sier Thagaard (2006:36). Gjennom arbeidet ønsker jeg å øve på å lytte uforbeholdent. Å lete etter endelige svar har ingen verdi. Det er meningskonstruksjonen, det som oppstår underveis, som er interessant. Det er allikevel et poeng å fremheve at dette analysearbeidet, uansett hvor tro man er til den fenomenologiske prosessen, alltid vil bære preg av forskeren, altså meg selv, og hvordan jeg forholder meg til materialet mitt (Kvale 2009). Hvordan data leses, vil være avhengig av hvordan verden og vår eksistens i denne forstås.

Av de ulike kvalitative analyseformene som Kvale presenterer, ønsker jeg å benytte meg av *meningsfortetting*. Det innebærer en komprimering og forkorting av meningsuttalelser, forsøk på å finne det meningsbærende. Denne prosessen skjer gjennom fem trinn som starter med materialet i sin helhet, frem til at hovedtemaene er definert. Først gjennomgås materialet²⁰ for å skape en helhetlig forståelse. Deretter bestemmes *meningsenhetene*, for så å gi disse et klart og enkelt uttrykk, etter at forsker har forsøkt å forstå materialet på en fordomsfri måte, slik fenomenologi beskrives. Så undersøkes meningsenhetene i henhold til forskningens målsetting. I det siste trinnet bindes de viktigste temaene sammen i deskriptive utsagn.

Rapportering

Forskningsarbeidet avsluttes ved at det skrives en rapport. Mitt ønske er at denne skal fremstå som en hel historie, som begynner ved forarbeidet til første aksjon, og leses som en fortelling om veien til å forstå mer. Den bør gi et nært innblikk i utfordringene underveis (Tiller 2004). Det er også viktig at min kollega kjenner seg igjen i den, slik Vedeler (2004)

²⁰ For eksempel et referat, en logg eller et lydopptak.

beskriver. Det er videre et ønske om at jeg med min forståelse og beskrivelse av litteratur, greier å skape en sammenheng til praksis, som er til å forstå for andre. Dagligdagse hendelser og litteratur bør knyttes sammen på en slik måte at det fremstår som et vitenskapelig arbeid, og ikke kun som ”dagligdagse hendelser” (Tiller 2004:160).

2.11 En sammenheng til å forstå

Dette kapittelet er et forsøkt på å gjøre rede for hvordan jeg tenker om vår væren i verden, hvordan kunnskap blir til, hvordan dette kan settes i sammenheng med forskningsspørsmålene, og hva slag metode som kan være nyttig i arbeidet.

Utifra min beskrivelse av sosialkonstruksjonisme, språkssystemisk tilnærming og dialog, vil aksjonsforskning være et hjelpemiddel, en metode og en holdning som langt på vei vil være til hjelp innenfor en ramme i dette studiet, til å utvikle og tilegne meg mer kunnskap innenfor området. Aksjonsforskningens ideer er bygd på det samme som sosialkonstruksjonistiske ideer og systemteori: Den er praksisnær, den er gjensidig avhengig av utviklingsarbeidet som skjer i nær relasjon mellom aktuelle aktører, og systemer påvirker hverandre. Den forholder seg også til at som forsker er man på ingen måte upåvirket av det man forsker på, og tillater derfor i stor grad at forsker gjør seg delaktig i eget forskningsarbeid. En beskrivelse av aksjonsforskningen er at den er en prosess, og at utvikling aldri stopper. Av forskningsmessige hensyn setter man allikevel et slutt punkt, men dette er konstruert. Aksjonsforskningen forholder seg til at kunnskapsproduksjon ikke er endelig, men en vedvarende prosess, slik også sosialkonstruksjonisme beskrives. En av nøkkeliteene innenfor sosialkonstruksjonisme er, oppsummert i Lundby

Anerkjennelse for at målet for forskning ikke er å produsere kunnskap som er endelig og universell, men å åpne opp for og sette pris på de forståelsene som er mulig (2003:76).

Dialogen forutsetter undersøkelser i fellesskap og likeverdighet, og bare slik kan kunnskap utvides. Fritt omskrevet fra en terapisisituasjon til en aksjonsforskning hvor jeg som forsker, forsker på egen praksis, er jeg i kontinuerlig dialog med eget materiale. For å forstå må jeg stille meg åpen og se på aksjonene/handlingene med et genuint ønske om å se hva det er som viser seg frem, slik beskrevet innenfor fenomenologien (Langdridge 2006). Ved å fremstå som ekspert i forhold til det som viser seg, vil man miste av syne det materiale forsøker å formidle. Jeg har tidligere beskrevet terapi som en målrettet samtale hvor klient og terapeut

sammen skaper nye historier og dermed ny organisering av forståelse og kunnskap, og slik oppstår nye muligheter gjennom dialogen. Slik forstår jeg også aksjonsforskningens muligheter innenfor ideene om dialogen. Kanskje kan det sies at det er nettopp *dialogen* som binder sammen sosialkonstruksjonisme og aksjonsforskning. Den er i hvert fall en betydelig fellesnevner.

Vedeler (2004) skriver om dialogen at hun ser den som både et fenomen og et verktøy. I sitt mastergradsarbeid, undersøker hun fenomenet *dialog*, samtidig som hun bruker dialogen som verktøy til å samle og forstå data, og som rammeverk for metodologien.

Tidligere har jeg kort gjort rede for noe av det blant annet Kvale (2009) og Thagaard (2006) sier kjennertegner postmodernistisk og sosialkonstruksjonistisk forskning. Dette er gode beskrivelser av aksjonsforskningen. Jeg tenker om arbeidet at gjennom praksis, erfaring og samtaler med andre mennesker, søker og finner jeg ny kunnskap og innsikt. I tillegg henvender jeg meg til litteratur og empiri, og slik tilfredsstiller arbeidet med oppgaven også de vitenskapelige krav som stilles.

Kap. 3 Barn av psykisk syke og forebygging

I dette kapittelet redegjør jeg for organisasjon, status, forskning og teorifelt som er relevant for temaet og aksjonsforskningen min.

Først presenterer jeg Familiesenterets rolle og målsetting i det daglige arbeidet i kommunen, og deretter en kort redegjørelse for ulike psykiske lidelser og noen diagnostiske tall. For å skape en sammenheng mellom foreldre med psykiske lidelser og deres barn, redegjør jeg for forskning og litteraturs beskrivelser av hvordan psykiske lidelser kan influere på, og påvirke foreldrerollen. Så vil jeg si noe om målgruppen for forskningsarbeidet mitt: Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, og barn som pårørende. Barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser er i stor grad sårbare for selv å utvikle psykiske problemer og sykdom. Avslutningsvis vil jeg beskrive noe av forskningen som er gjort rundt forebyggende arbeid for denne målgruppen, og endelig noen metoder.

3.1 Familiesenterets rolle og målsetting i kommunen.

Et familiesenter er ikke et ens begrep og en ens beskrivelse av et tjenestetilbud, slik for eksempel barneverntjeneste eller helsesøstertjeneste vil være. Det er de senere årene vokst frem ulike former for familiesentra. I Rana har man valgt en modell hvor man organisatorisk har plassert det i avdeling ved siden av blant annet Helsesøstertjenesten og seksjonene innenfor Avdeling for psykisk helsearbeid, og på linje med for eksempel barneverntjenesten og rustjenesten. Dette ble gjort for å markere Familiesenterets rolle i det faglige landskapet. (Rana Kommune 2006).

Familiesenteret bemannes av tre fulle stillinger og et antall små stillinger. De små stillingene er knyttet til andre avdelinger i kommunen som er naturlige samarbeidspartnere, for eksempel PPT, barnehagekontor, barneverntjeneste og Avdeling for psykisk helsearbeid. Alle har høgskoleutdanning, og i tillegg videreutdanninger innenfor spesialpedagogikk, helsesøster, jordmor, psykisk helsearbeid, familieterapi, Marte Meo²¹ og PMTO²². Vi definerer oss som et forebyggende tilbud, og ønsker å bidra i familier før utfordringer og vanskeligheter

²¹ Marte Meo - en veiledningsmetode for å styrke og utvikle samspillet mellom foreldre og barn (martemeo.no, 10. august 2010)

²² PMTO – ParentManagement Training-Oregon: Foreldreveiledningsprogram til familier med barn 3-12 år med alvorlige atferdsforstyrrelser (atferdssenteret.no, 10. august 2010)

eventuelt utvikler seg til sykdom. Dette utifra erkjennelsen om at barns utvikling og helse er avhengig av foreldrenes helse og hvordan de lever i familiene sine. ”Foreldre er barns mulighet” (Familiesenteret 2010).

Vi er et lavterskeltilbud, hvilket innebærer at familier kan henvises fra alle instanser, og familiene kan selv henvende seg til oss. Tjenesten vi tilbyr er frivillig og derfor basert på samarbeid og tillit, og et ønske fra familiene om å komme til oss. Vi anser relasjonskompetanse som vårt viktigste ”hjelpemiddel”. Dersom familiene ikke opplever seg lyttet til, forstått og anerkjent vil det heller ikke være mulig for oss å gi dem et tilbud slik målsettingen beskrives for Familiesenteret. Vi ønsker å tilby en ramme med oss selv som samtalepartnere, hvor familiene opplever at de selv er ekspert på eget liv.

Familiesenterets målsettinger er blant annet å

- bidra til egen mestring
- bevisstgjøre foreldre på egne ressurser
- styrke foreldres kompetanse
- bedre kontakt mellom barn og foreldre.

Familiene som kommer til oss, kommer av ulike grunner, og med mange ulike opplevelser. Vi snakker blant annet med unge mødre, foreldre som har store ekteskapsutfordringer, foreldre som opplever ungenes atferd²³ som utfordrende, foreldre med rusproblemer og foreldre med psykiske lidelser. Min studie knytter seg til gruppen *foreldre med psykiske lidelse*. (Rana Kommune 2006).

3.2 Psykiske lidelser

3.2.1 Tall/omfang

I følge Sosial- og helsedirektoratets Statusrapport (2003), vil 15-20 % av befolkningen en eller annen gang i løpet av livet få diagnostisert en psykisk lidelse. Tall fra Folkehelseinstituttet viser at 30-50 % av oss vil i løpet av livet få en psykisk lidelse, og at hver sjettede av oss til enhver tid har en. Disse tallene samstemmer med undersøkelser i andre, sammenliknbare land (Folkehelseinstituttet.no 2010, 19. august 2010). 10% vil i løpet av livet ha en så alvorlig angstlidelse at det gir sykdomsfølelse, og 25% av kvinner og 15% av

²³ *Ungenes atferd* er ikke en beskrivelse av barn jeg tenker hører innenfor en sosialkonstruksjonistisk og språkssystemisk forståelse, men likefullt representerer det mange av henvendelsene vi får til Familiesenteret.

menn vil minst én gang i løpet av livet bli rammet av behandlingstrengende depresjon. 2% vil oppleve tvangslidelser som hemmer livskvalitet og livsutfoldelse, mens nesten 1% av kvinnebefolkningen har en spiseforstyrrelse. Tallene for personlighetsforstyrrelser er høye; hele 13% av befolkningen har symptomer som kvalifiserer for diagnosen. Schizofreni og manisk depressive lidelser regnes som *tunge* lidelser, mens angst, depresjon og mange varianter av personlighetsforstyrrelser regnes som *lette* lidelser (St.prp. nr 63, 1997-98). Det er allikevel slik at innenfor alle diagnoser vil man finne ulik grad av *opplevd sykdomsfølelse*.

Psykiske lidelser utgjør 1/3 av alle med uføretrygd i Norge. Vi bruker 30 mrd. kroner pr. år i trygde-, behandlings-, og sosialutgifter til mennesker med psykiske lidelser og 50 000 sykemeldinger (ca 20%) hvert år skyldes psykiske lidelser. I tillegg melder rapporten om betydelige rusproblemer som tilleggsproblematikk. Den vanligste behandlingsformen er samtalebehandling (psykoterapi) og medikamentell behandling (psykofarmaka). 90 % av all behandling foregår hos fastlege. (Statusrapport 2003)

3.2.2 Foreldrefunksjon

For å forstå noe om hvorfor det kan bli vanskelig for barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser, og hvorfor dette kan få konsekvenser for barnas egen psykiske helse, må man vite noe om foreldrefunksjon og foreldrerollen.

Kari Killén, forsker ved NOVA²⁴, som har tatt doktorgrad på omsorgssvikt, snakker om det å være *god nok* foreldre (2007). Hun kaller *foreldreskapet* en prosess der foreldrene engasjerer seg i barnet, gir det fysisk og følelsesmessig omsorg, næring og beskyttelse, tilpasset barnets alder og utvikling (ibid:31). Så sier hun at der er noen forutsetninger for å kunne være *god nok*. Noen av disse forutsetningene er at vi som foreldre ikke blir utsatt for større belastninger enn det vi kan takle og tåle. Det være seg fysiske, psykiske og økonomiske belastninger, og i hvor stor grad vi blir utsatt for konflikter og rus, og hvordan vi har opplevd egen barndom og oppvekst. Hun oppsummerer de viktigste foreldrefunksjonene (ibid:37)

- evne til å se barnet som det er
- evne til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet
- evne til empati med barnet

²⁴ NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring.

Disse punktene understøttes i Aamodt og Aamodt (2005). De beskriver foreldrefungering som de følelser, tanker, handlinger og holdninger som kommer til uttrykk ovenfor barna i hverdagen.

I hvor stor grad en psykisk lidelse påvirker foreldrefunksjonen og dermed barnas helse, vil være avhengig av flere faktorer i følge Glistrup (2004). Grad og varighet av sykdom har stor betydning. Som ved *fysisk* sykdom, er det også veldig mange ulike sykdommer innenfor ”sekken” psykiske lidelser. Hva slags sykdom forelderen er rammet av, er av stor betydning for hvordan den påvirker foreldrefunksjonen. Det er ikke sagt at psykiske lidelser i seg selv er til skade for barn. Dette vil være avhengig av både forannevnte, men også hvem andre som er i barnets nærhet, og barnets egen sårbarhet. Hun gjør allikevel oppmerksom på at det er viktig å være på tilbudssiden til de familiene der det er en velfungerende foreldre, altså den andre forelderen. Utifra erfaring, påvirkes også dennes foreldrefunksjon av den sykes tilstand. ”Anonym forfatter” (Holm, Møller og Perlt) forteller fra egen oppvekst,

De mennesker, man går gjennom kriser med, har ofte ikke overskudd til at hjelpe, og selv om der er en far i familien, som tilsynelatende magter det hele, så skal man huske på, at han også påvirkes av kriserne (2000:90).

Når foreldre rammes av psykisk sykdom, skjer det noe med kommunikasjonen i familien. ”Vi hadde nok med å klare oss gjennom hverdagen, og overskuddet til å snakke sammen var der ikke” (Eide og Rohde 2009:194). Beardslee²⁵, som har forsket på forebygging i familier der foreldre har psykiske lidelser, kaller det et typisk kjennetegn at det skjer en kollaps i familier, et sammenbrudd i kommunikasjon. Hverdagen preges ofte av sterke følelser som kommer til uttrykk som tristhet, sinne, konflikter, taushet, svingende følelsesliv, uforutsigbarhet og mangel på overskudd. Kaos og uorden kan prege hjemmet. Redusert oppmerksomhet og lite samhandling er ikke uvanlig, ungene blir usynliggjorte, og deres behov satt til side. Noen syke opplever også tankekaos og fordreid virkelighetsoppfatning.

Det skal også sies at noen ganger er det å ha en psykisk lidelse ikke forenelig med omsorgsrollen, og barna bør flyttes (Killén 2007, Rohde og Eide 2009). Dette vil i stor grad

²⁵ William Beardslee er en amerikanske forsker og barnepsykiater som gjennom et større forsknings- og forebyggingsprosjekt, har utviklet et psykoedukativt samtaleprogram for familier der en av foreldrene har en psykisk lidelse (Glistrup 2004, Flaaten og Rynning Myrvoll 2006). Innenfor forskning rundt metoder knyttet til grupper og samtaleprogram for barn av psykisk syke/familier der foreldre er psykisk syke, er det kun Beardslee-intervensjonen som har fullført en effektevaluering (Rimehaug 2006).

være avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og varighet, hvorvidt den som har lidelsen har innsikt i egen sykdom og dennes påvirkning av barnets livssituasjon, at barnet har en annen omsorgsperson som er frisk, og denne og øvrig nettverks mulighet til å ivareta barnets behov (Glistrup 2004).

Avslutningsvis er det viktig å ta med at de fleste foreldre er opptatt av sine barn. De er bekymret for dem, og de ønsker at det skal gå dem godt (Glistrup 2004, Aamodt og Aamodt 2005, Rohde og Eide 2009). Mange foreldre sier at skammen over egen sykdom og svekket foreldrefungering har økt i møte med hjelpeapparatet fordi hjelperne ikke har brakt tema på banen, og slik forsterker tabu (Glistrup 2004). Flaaten og Rynning Myrvoll (2006) sier at alle foreldre i deres prosjekt var uten unntak urolige for sine barn, og ønsket dem best mulig hjelp og støtte.

3.3 Barn av psykisk syke

I følge Helsedirektoratet (Skogøy 2009, Handlingsplan mot fattigdom 2006-2007) lever 130 000 barn sammen med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengige foreldre. De anslår videre at av ca 40 000 voksne som til enhver tid er innlagt til psykiatrisk behandling, er 15 000 barn berørte som pårørende. Undersøkelse gjort ved psykiatriske sykehus, viser at 68-70% av de mest alvorlige syke har daglig omsorg for barn. Dette betyr at tilnærmet 650 barn i Rana vokser opp med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusmiddelavhengige foreldre, og 75 barn er til enhver tid berørte som pårørende ved innleggelse²⁶.

Det er gjennom etter hvert omfattende forskning og mange studier bekreftet at barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser, lever i større risiko for selv å utvikle egne psykiske problemer. Tall varierer fra ca 30 til over 60 % risiko for utvikling av egen sykdom. (Glistrup 2004, Aamodt og Aamodt 2005, Killén 2007, SMIL 2008, Skogøy 2009, Eide og Rohde 2009, Ot.prp. nr 84 2008-2009). Dette betyr at opptil to av tre barn som vokser opp i disse familiene vil utvikle psykiske problemer, én av tre vil få alvorlige problemer (Eide og Rohde 2009). Uavhengig av hvilke tall en velger å relatere seg til, er det åpenbart en betydelig gevinst i å sette inn tiltak for å begrense og å forebygge psykiske lidelser hos barna i

²⁶ Rana Kommune har ca. 25 000 innbyggere, som utgjør ca. 0,5% av Norges befolkning.

disse familiene. Det vil gi en stor effekt både med tanke på de enkelte individ, men også samfunnsøkonomisk.

Disse ungene er i utgangspunktet ikke beskrevet i hjelpeapparatet, og skiller seg ikke ut på noen måte. Tvert i mot er mange av dem spesialister på nettopp å ikke skille seg ut. De er presumptivt friske barn (Aamodt og Aamodt 2005). De er barn av foreldre som har det vanskelig, og det ligger en utfordring i ivaretagelse av relasjonene foreldre – barn, der dette ikke ligger som forutsetning i hjelpeapparatet. Det er liten tradisjon for å snakke med barn som ikke har definerte problemer eller utfordringer, og som ser ut til å klare seg på skolen. De blir flinke til å sørge for at ingen voksne stiller spørsmål ved deres tilværelse, for dermed å stille spørsmål ved hvordan de har det hjemme. Hjelpeapparatets utfordringer er at barnas strategier ofte bidrar til å fordekke hvordan de har det, for å skjule misforhold i hjemmet. (Glistrup 2004, Killén 2007). Dette er i seg selv et vanskelig tilgjengelig området, nettopp fordi disse familiene ofte preges av følelser som skyld, skam og tabu, og er dermed godt beskyttet. Kim Leona sier i filmen ”Når det syge hersker”

Vi havde vores små hemmeligheder, mig og min mor. Man lærer at lyve for at dække over sine forældre, man finder på historier, for at folk ikke skal opdage, at den er ravende gal. Man lyver, og man har dårlig samvittighed. Men det er dog bedre, for man ved hvad man har, man ved ikke, hva man får. (2007)

Barn beskytter sine foreldre. Familien er selve kilden til å overleve. Når den voksne vektlegger de positive sidene ved ungene for å overbevise både seg og andre om at ”dette går godt” (Glistrup 2004), så sier det seg at dette er vanskelig tilgjengelig. Ofte ønsker også vi i hjelpeapparatet at *dette går godt*. Dermed opplever både de voksne og barna at temaet ikke er til å snakke om. Som beskrevet tidligere, vil dette øke skam og tabuopplevelser hos de voksne, og det samme skjer hos ungene. Hos barn blir det *ikke sagte* fortellinger av følelser, som blir til skam og tabu. Når det er kaos i hjemmet, kan dette føre til ensomhet og isolasjon. Barn tør ikke, får ikke eller ønsker ikke å ta noen med seg hjem, og det som skjer hjemme er ikke til å snakke om med andre. (SUS 2002, Glistrup 2004, Eide og Rohde 2009).

Når foreldre rammes av psykisk sykdom og konsekvenser av dette er voksne som ikke greier å fylle foreldrefunksjonene, vil barnet ofte sette seg selv og sine behov til side, for så å bli ”den lille voksne”. Dette er en rolle som er for tung og uforståelig for barn å bære. De har ikke kunnskap eller kompetanse til å fylle rollen og de er ikke følelsesmessig modne for en slik rolle. Å allikevel forsøke å fylle en slik rolle, skaper følelser av utrygghet og

uoversiktighet (Eide og Rohde 2009). Jens Arentzen sier i filmen ”Når det syge hersker”: ”Jeg ville gerne have haft, at nogen var kommet ind og havde sagt: Du er ikke et barn. Du er en lille voksen, der har verden på dine skuldre”. (2007)

Når noe ikke snakkes om, og ikke er til å forstå for barn, og det ikke finnes et språk for det i familien, prøver de å finne forklaringer på egen hånd. Når barn skal lete etter forklaringer de ikke har kunnskap om og erfaring til, finner de ofte svaret hos seg selv. Slik blir årsaksforklaringer og forståelse av det som i utgangspunktet ikke til å forstå, deres eget. De plasserer skyld og ansvar hos seg selv (Eide og Rohde 2009).

Børn fornemmer, at der er noget fuldstændig rævende galt, og hvis de ikke får noget konkret at vide, så laver de fantasier inde i deres hoved om, hvad der sker, og det er rædselsscener om, hvad der kan ske, og hva der er galt. Det at man ikke vet noget - det gør, at fantasien kører. Kim Leona (Når det syge hersker 2007).

Barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser, har en overrepresentasjon av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser (Aamodt og Aamodt 2005). Det er allikevel viktig å merke seg at barnets alder og sårbarhet også har betydning for i hvor stor grad det blir rammet (Killén 2007).

3.4 Barn som pårørende

Til tross for mange barns ofte omfattende selvpålagte roller og oppgaver i hjem der foreldre er psykisk syke, og økt fokus på og kunnskap om temaet de siste 10-15 årene, har barn i svært liten grad blitt tatt hensyn til av de voksnes hjelpeapparat. Aamodt og Aamodt (2005) viser til at rutiner og praksis i de voksnes hjelpeapparat fortsatt avspeiler individorienterte tilnærminger, og at det er et stort misforhold mellom kunnskap og praksis. De viser i sin undersøkelse at kun 1,59% av alle konsultasjoner i psykisk helsevern for voksen er familiesamtaler, og da er barna sjelden med. Hjelpen til barn er preget av tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk praksis. Glistrup (2004) reiser kritikk av de som hevder og forsvarer seg med at det er et relativt nytt fenomen at psykisk syke har omsorgen for barn, og at man derfor ikke har kommet i gang med gode tiltak. Hun beskriver mange egne møter med voksne som har bodd sammen med sine psykisk syke foreldre, og som i voksen alder fremstår som vellykkede og veltilpassede, men som følelsesmessig erkjenner at de bærer på dype sår. I mitt daglige virke, og gjennom snart tjue år, treffer jeg ungdom i alderen 15-25 år, og som enten selv har fått psykiatriske diagnoser, eller er symptomførere av psykiske lidelser. Jeg

har til gode å treffe noen som ikke har historier å fortelle som beskriver utfordringer i livet, og som har bidratt til økt sårbarhet for utvikling av symptomer eller sykdom.

Killén (2007) sier at mange barn av psykisk syke lever med en konstant bekymring, de er i beredskap hele tiden og intenst oppmerksomme på foreldrene. Veileder psykisk helsearbeid for voksne i kommunen (2005) sier at barn som pårørende ofte opplever store påkjenninger knyttet til foreldrenes sykdom, og at kommunene bør ha rutiner for oppfølging og ivaretagelse av disse ungene. I 2005 utarbeidet Aamodt og Aamodt en rapport på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Hensikten var å kartlegge livssituasjonen til barn av psykisk syke – ”de usynlige barna”. Dette arbeidet var også en del av forarbeidet til følgende lovendringer: Gjeldende fra juni 2009, nytt punkt § 10a i Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., heter det blant annet

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand.

Videre ble nytt punkt § 3-7a i Lov 2. Juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.v. gjort gjeldende fra 1/1-10

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Disse endringene ble gjort blant annet på bakgrunn av erkjennelsen av misforholdet mellom hjelpeapparatets innsats og kunnskapen det satt med om konsekvenser for barn som vokser opp med psykisk syke foreldre. Gjennom endring av lovverket ønsker man å bidra til at hjelpeapparatet endrer fokus på området. I tillegg bevilges statsmidler i ulike sammenhenger, og blant annet kan kommunene søke om tilskudd til psykolog, og det pågår et modellkommuneprosjekt²⁷ med fokus på de mindre barna, som noen av landets kommuner deltar i.

²⁷ Modellkommuneforsøket (2007-2014) er i regi av Bufdir/Bufetat, en del av den nasjonale satsingen på barn som har foreldre med psykiske vansker og /eller problemer med alkohol og andre rusmidler. 28 kommuner i landet deltar. (Rapport 1 : 2010 RBUP Nord.)

3.5 Forebygging

Selv om tall og årsakssammenhenger beskrives forskjellig av ulike forskere, er det allikevel stor enighet om at barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser er mer sårbare for selv å utvikle symptomer/sykdom enn andre. Om man opererer med 33 eller 66% risiko for å bli syk, i mer og mindre omfattende grad, er litt uinteressant. Tallene er uansett høye. Det vil være mye å vinne dersom vi i hjelpeapparatet kan bidra til å hjelpe disse familiene til å forstå mer av utfordringene sine, ta i mot nødvendig hjelp, og å leve livene sine slik at risiko for at neste generasjon også blir syke, reduseres. Når en i tillegg ser hvor liten investering som skal til for at vi skal kunne bidra til dette, er det mye å hente og lite å tape.

3.5.1 Kunnskap, informasjon og å redusere tabu

Barn må få hjelp til å bearbeide vonde opplevelser. Dette kan innebære hjelp til å sette navn på opplevelsene og å gi uttrykk for følelser. De trenger hjelp til å sortere motstridende følelser som frykt, sinne, skuffelse, skyld og ansvar. Det er viktig at barna også får kunnskap om foreldrenes sykdom. Ved å gi ungene økt kunnskap om foreldrenes psykiske lidelser, gir man ungene mulighet til å skape skille mellom seg selv og foreldrenes sykdom. Dette bidrar til å redusere skyld- og ansvarsfølelse for sykdommen, og det reduserer risikoen for utvikling av egen sykdom. (Glistrup 2004, Killèn 2007). Barn må få vite at de ikke kan gjøre foreldrene friske ved å være snille eller flinke (Eide og Rohde 2009).

Når foreldrene får behandling for sine psykiske lidelser, er det viktig å informere ungene om dette. For at barn skal gi slipp på et eventuelt ansvar for den syke, må de være trygge på at andre overtar oppgaven. Dersom det er mulig, bør ungene også få besøke foreldrene under eventuell innleggelse ved behandlingsinstitusjon. Imidlertid er det viktig at ungene beskyttes mot inntrykk som kan være skadelig, ved for eksempel akutte innleggelser, tvangsbruk og vold. Jo mer konkret og forståelig informasjon til ungene er, jo sikrere er det at de forstår og greier å nyttiggjøre seg denne slik at de kan skape nødvendig avstand til sykdommen. Det er viktig for barna at det skapes tillit til at forelderen får god hjelp (Glistrup 2004).

Et annet viktig bidrag for å forebygge problemer og sykdom hos både foreldrene og barna, er å redusere *tabu* som er knyttet til sykdommen. Hjelpeapparat og primærhelsetjenesten bør komme tidlig i kontakt med og blir kjent med risikofamiliene, og tilby hjelp. Også informasjon og kunnskapsformidling om sykdommen til familie og nettverk, skoler og

barnehager, samt økt åpenhet om psykiske lidelser i et samfunnsperspektiv, er viktige bidrag for å redusere tabu. (Glistrup 2004, Killén 2007). ”Å redusere tabu som knytter seg til depresjoner, er første skritt i retning av å forebygge både foreldres og barns problemer i denne sammenheng” (ibid:179).

3.5.2 Å forstå det sammen

Barn trenger hjelp til å forstå hva som skjer i livene deres, og de trenger voksnes hjelp til dette. Beardslee mener det er av avgjørende betydning at foreldre og barn i fellesskap bryter tabu og erkjenner sykdommens påvirkning på familien og barnas behov for støtte (Glistrup 2004). Killén (2007) snakker om barnas *tilknytningspersoner*, mens Øvreeide (2001) snakker om ”relevante voksne og relevante voksne i barnets nære utviklingssone” (ibid:29). Ofte trenger foreldre med psykiske lidelser hjelp til å se barnet sitt. Killén (2007) og Glistrup (2004) snakker i denne sammenheng om *empati* som viktig forutsetning for at foreldrene skal forstå og se ungene. Øvreeide (2001) sier at for å forebygge sykdom hos barn, må man trygge de *intersubjektive øyeblikkene* mellom voksne og barn (foreldre og barn). Intersubjektive øyeblikk beskriver han som det som skjer når voksne og barn ser og forstår hverandre, en ”deling av øyeblikkets psykologiske tilstand” (ibid:10). Disse er viktige øyeblikk for at barna skal frigjøres fra skyld og ansvar de ikke skal ha, og for mulighet til utvikling. Øvreeide presiserer imidlertid at det er viktig å være oppmerksom på det asymmetriske i dette forholdet. Selv om voksne og barn i øyeblikket gjensidig deler innsikt og følelser, er det den voksne som skal og må bære ansvaret for det, og å bære ansvaret for veien videre.

3.5.3 Mestringsopplevelser

Barn trenger å oppleve mestring i livet. Dette bidrar blant annet til å øke den sosiale kompetansen, og er viktig i forebygging av sykdom. De trenger at voksne i nærmeste utviklingssone anerkjenner og veileder dem i deres forsøk på å mestre stadig nye områder (Øvreeide 2001). Eide og Rohde (2009) sier mestringsopplevelser styrker egenverd og selvaktelse, og øker barnets motstandskraft.

Sommerschild oppsummerer mestringsens vilkår i noen punkter (Gjærum, Grøholt og Sommerschild): Barn trenger *tilhørighet* som innebærer minst én nær fortrolig, forutsigbarhet, bekreftelse og tilhørighet til familien, og fellesskap i verdier og sosial støtte

(1999:58). Så trenger barn *kompetanse*; å kunne noe, være til nytte, få og ta ansvar, utfolde nestekjærlighet, og møte og mestre motgang. Når dette er tilstede, vil følelse av egenverd øke, og motstandskraften til barnet øker. Å oppleve sosial kompetanse sammen med andre barn, og å bli sett og hørt, bidrar til at barnet kan skape og etablere en egen identitet (Glistrup 2004).

3.5.4 Barn selv sier....

På grunn av økt fokus på gruppen *barn av psykisk syke* de senere årene, har også de selv som gruppe i større grad blitt hørt. I boken ”Når mor eller far....er psykisk syk 2” (Holm, Møller og Perlt) sier Jens Wilbrandt om opplevelser knyttet til morens sykdomsperioder

Jeg husker mine mange forsøg på at skabe mening og sammenhæng i sådanne oplevelser. I dag tror jeg, at livet havde været lettere den gang, hvis der havde været nogle voksne, som havde hjulpet mig til at skabe en eller anden form for forståelse af, hvorfor min mor ”havde det dårlig”. Måske havde det også kunnet hjælpe mig til tidligere at forstå, at det ikke var min opgave at helbrede min mor, et ønske jeg har båret med mig videre gennem livet – i forhold til hende og i forhold til andre.
(2002:9)

En dame som ønsker å være anonym, og som vokste opp med sine psykisk syke mor, sier

Jeg ville bestemt ikke have undværet min mor, men gjerne have været foruden hennes sygdom. Jeg har en teori om, at hvis der havde været en voksen, som havde turdet stå ved sit ansvar og havde taget hånd om mig, så kunne nogle ting måske have været lettere den gang og nu. - En lærer, pædagog, socialrådgiver, plejer...ja, en af dem i systemet! (ibid:90)

I 2007 ga Stories Produktion i Danmark ut en film som heter ”Når det syge hersker”. Tre personer som er vokst opp med psykisk sykdom, rus og svikt, forteller sine historier. Jens Arentzen sier

Det er rigtig mange mennesker med sådan nogle baggrunde, som har et vidunderlig liv, på grund af een ting: De mødte een, der blev en voksen, der gikk ind og var omkring barnet.

3.6 I møte med familiene

De aller fleste foreldre er opptatt av sine barn, og bekymret for dem. Dette må være et sentralt utgangspunkt i våre møter med familiene. Til tross for sykdom og eventuelt redusert foreldrefunksjon, må vi huske de sterke båndene som er mellom foreldre og barn. Noen ganger kan vi som hjelpere bli for handlingsivrige på vegne av barna. Vi ser at de lider og vi ser at foreldrene kanskje ikke makter å være der på en slik måte ungene har behov for, og vi

ønsker å ”berge barna”. Som hjelper må vi evne å se og huske de sterke bånd som knytter familien sammen, og vi må ha respekt for barnets forsøk på å beskytte familien og egne grenser (Glistrup 2004). Jens Arentzen sier ”Vi forlader ikke foreldre, der har det dårlig. Vi går hellere selv til grunde uten at merke det” (Når det syge hersker 2007).

Barns tilknytning til foreldrene vil nesten alltid være sterkere enn den som er mulig å bygge til nye personer. Dersom det ikke oppnås et tillitsforhold mellom foreldre og terapeuten, vil dette kunne sette barnet i en lojalitetskonflikt til begge parter (Øvreeide 2001). Det må være terapeutens oppgave å nærme seg familien på en slik måte at tillit oppnås i alle relasjoner, og at foreldrene føler seg anerkjent som barnets nære voksne, slik at barnet kan føle seg trygg i situasjonen. Fordi det å bygge opp igjen foreldrefunksjonen, og synliggjøre barnets omsorgsbehov for foreldrene, er en del av det forebyggende arbeidet, må mange foreldre trygges i deres roller som omsorgsgivere. Når foreldre trygges i sine roller, vil dette i neste omgang øke barnets tillit til at foreldrene kan ivareta dem.

For at ungene skal kunne nyttiggjøre seg hjelpen, må de både merke vår oppmerksomhet og merke vår respekt og omsorg (Glistrup 2004). Som Jens Arentzen sier i filmen ”Når det syge hersker”

Vi kan godt bruke, at I er hardcore og kalder en skovl for en skovl. For vi har set helvede. Men hvis I kommer og siger: Lille ven, her er en pjece med et telefonnummer, hvor du kan ringe ind, og døren står altid åben! Så er I naive. Vi kommer ikke! Men vi kommer, hvis vi kan mærke jer, og I tør røre os. (2007)

3.7 Ulike metoder i forebyggende arbeid

Til tross for store gap mellom kunnskap om barns risiko for utvikling av sykdom, og omfang av tiltak i hjelpeapparatet knyttet til gruppen ”barn av psykisk syke”, gjøres det mye bra forebyggende arbeid rundt om i Norge. Organisasjonen Voksne for barn har i en årrekke drevet gruppelederopplæring knyttet til gruppetilbudet Cu2. Cu2 beskrives som *samtalegrupper*²⁸. BUP Sykehuset Levanger startet for noen år siden BAPP-grupper, som er et forebyggende tilbud til barn i alderen 8-12 år. De samles i gruppe over 10 ganger, i tillegg til to foreldresamlinger, og som bygger på en struktur. Ideen er å gi barn mestringsopplevelser og støtte opp om ressursene til barna. De beskriver seg som en *gjøre- og snakkegruppe*. Arbeidet krever foreldrenes samtykke, forståelse og samarbeid. Tilbudet

²⁸ Jeg beskriver dette tilbudet nærmere i kap. 4.1 ”Startpunktet for aksjonsforskningen”.

gis i dag i de fleste kommuner i Nord-Trøndelag, samt noen kommuner i Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag (Oppvekstbanken.no, 24. august 2010). I Asker og Bærum-kommunene drives *psykopedagogiske grupper* for barn i alderen 7-18 år, i samarbeid med Blakstad Sykehus. Stadig flere sykehus/sengeavdelinger innenfor psykisk helsevern tilbyr barn av innlagte pasienter *Barnas time*. Dette er et tilbud om informasjon og muligheter til å spørre og å treffe noen som jobber der mor eller far er. Ved at det nå skal opprettes en *barneansvarlig*²⁹ ved alle helseinstitusjoner, vil nok arbeidet med å ivareta barn som pårørende øke. Videre er det en del private aktører som driver grupper for barn, og da gjerne beskrevet som *samtale/aktivitetsgrupper*, og gjerne i samarbeid med kommuner. For eksempel Landsforeningen for Pårørende – LPP og Røde Kors (ibid).

3.8 Noen avsluttende ord

I dette kapittelet har jeg gjort rede for hvordan en del forskning og litteratur beskriver hva som er nødvendig arbeid for å forebygge psykiske plager eller sykdom hos ungene. Stikkord er mestring, informasjon, kunnskap, redusere tabu, i samarbeid med foreldrene. I tillegg kommer barns behov for mestring og tilhørighet i sosiale sammenhenger.

Det er ikke mulig å hjelpe barna lenger enn foreldrene tillater. Vi må anerkjenne båndene mellom foreldre og barn, og vi må anerkjenne foreldrene som barnas mulighet. Å se forbi sykdommen, og å betrakte foreldrene som hele mennesker, hvor sykdom bare er én del av livet deres, kan synes som en god tilnærming til familiene. Familiesenterets tilnærming til de som kommer, hvor frivillighet, samarbeid og en idé om at foreldrene er ekspert er sentralt, vil langt på vei være en tilnærming som vil kunne bidra til hjelpearbeid som er til nytte for familiene.

²⁹ § 3-7a i Lov 2. Juli 1999 nr 61 om spesialisthelsetjenesten m.v.

Kap. 4 Aksjon og refleksjon

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hele aksjonsforskningsprosessen, fra utgangspunktet for refleksjonene som startet i 2008 med Cu2-gruppe³⁰, som var med på å pirre min nysgjerrighet, og som etter hvert formet forskningsspørsmålene mine. Aksjonsforskning har ingen slutt eller endelige svar, heller ikke min. Spørsmål, problemstillinger og refleksjoner dukker opp og formes underveis. Sluttpunktet er satt av praktisk hensyn, fordi det også skal bli et produkt som skal leveres (Tiller 2004). Presentasjonen er forsøkt bygget opp etter krav til legitimitet og validitet: ”Systematisk dokumentasjon, argumentasjon og teoribygging” (ibid:42).

Slik presenterer jeg forskningsprosessen min:

- 4.1 Beskrivelse av utgangspunktet/startpunktet for aksjonsforskningen.
- 4.2-4.2.13 Første aksjon – SMIL-gruppe
beskrivelse av aksjon
refleksjoner
- 4.3-4.3.11 Andre aksjon – familiesamtaler
beskrivelse av aksjon
refleksjoner
- 4.4 Refleksjoner etter aksjonene

Forskningsspørsmålene mine har utgangspunkt i de erfaringene jeg har fra mange møter med familier og ungdommer, mine interesse for fagområdet gjennom mange år, og erfaringer fra Cu2. De handler om å *muliggjøre deltakelse*³¹ på våre arenaer, i våre tilbud om hjelp, både for barn og voksne, på deres egne premisser. For å foregripe teksten i kapittelet, presenterer jeg tre temaene jeg har blitt opptatt av i min forskning. I aksjonsforskning trenger man som forsker ikke å ha en hypotese man undersøker, eller en intervjuguide med formulerte spørsmål, som i en del annen kvalitativ forskning. I min aksjonsforskning har jeg en uro og noen uferdige tanker knyttet til opplevelser fra praksis, jeg ønsker å undersøke nærmere. En av dem har vært formulert fra starten; *tillit*. De to andre temaene, *tillatelse* og *rett adressat*, fremsto tydeligere underveis i studien min. Temaene er alle blitt bekreftet og gjentatt

³⁰ Kap. 4.1.

³¹ Forskningsspørsmål

gjennom studien, i ulike sammenhenger og under ulike forutsetninger. Jeg vil beskrive disse, hvordan jeg forstår dem, og hvordan jeg tenker de kan knyttes til litteratur.

Tillit

Jeg og min kollega opplevde at arbeidet med tillit i relasjonen mellom foreldrene og oss som gruppeledere ikke var tilstrekkelig vektlagt i gruppearbeidet Cu2 (2006). Vi tenkte etter hvert om tillit som en forutsetning for ungenes deltakelse i gruppa. Glistrup sier at det er avgjørende at det etableres et tillitsforhold mellom foreldre og hjelper for at samtalen skal ha en reell verdi for barnet (2004:79). ”Det må oppbygges et tillidsforhold, så foreldrene kan se, at vi vil hjelpe både dem og barnen” (Nordenhof 2009:74). Dette er en forutsetning for en god samtale med barna.

Tillatelse

Jeg undret meg videre i studiet over om tillit mellom foreldre og hjelper er en forutsetning for ungenes tillatelse til å delta i gruppe med andre unger, og for at unger skal kunne delta i familiesamtaler med sine foreldre. Mevik og Trymbo (2003) snakker om at foreldrene må gi ungene sin helhjertede tilslutning til barnas deltakelse. Nordenhof (2008) sier at det av hensynet til hierarkiet i familien, slik at barns lojalitet ikke settes på prøve, først må avklares med foreldrene at de aksepterer tema og emner for samtalen. Barna vil se på foreldrene og sjekke ut deres tillatelse til å svare (ibid:47). For at den psykisk syke forelderen ikke skal bli usikker på samtalen med barnet (Glistrup 2004), må det skapes en allianse mellom foreldrene og hjelperen.

Rett adressat

I løpet av studien har min uro beveget seg til tanker jeg i større grad kan sette ord på. Det jeg har kalt *rett adressat*, tenker jeg om som det Øvreeide kaller barnas relevante voksne (2001), og Killén kaller tilknytningspersoner (2007), og som er de voksne som har størst betydning i barnas liv, og de som er viktigst med tanke på barns utvikling. Jeg har blitt opptatt av å forstå mer av hjelperen og rett adressats rolle i hjelpearbeidet. Men det er et skille på rett adressat og relevant voksen/tilknytningsperson. Rett adressat, slik jeg har tenkt om det, er knyttet til hvem det er ungene henvender seg til når de formidler, og hvem er det *nyttig* at ungene formidler seg til. Som tilfeldig forbipasserende, har hjelperen kun en begrenset rolle i barnas liv. Derfor har det vært viktig for meg å undersøke hvem som er betydningsfulle i løpet av hjelpearbeidet, innenfor en sosialkonstruksjonistisk og språkssystemisk forståelse. Relevant

voksen og tilknytningsperson, vil både dekke rett adressat, men er mer omfattende enn som så. Jeg kommer til å bruke både rett adressat og relevant voksen i fortsettelsen, dog knyttet til noe forskjellige beskrivelse og refleksjoner.

4.1 Startpunktet for aksjonsforskningen

Utgangspunktet for mastergradsarbeid, var et gruppetilbud jeg og en kollega gjennomførte i 2007/2008. For noen år tilbake deltok vi i gruppelederopplæring i regi av Organisasjonen Voksne for Barn (VfB), og gjennom dette opplæring og tillatelse til bruk av en veileder utarbeidet av VfB kalt *Cu2*³² (2006). *Cu2* var³³ da et gruppetilbud til barn med psykisk syke foreldre, og beskrives som *samtalegrupper*, og først og fremst et forebyggende tilbud (ibid:1). Gjennom samtalegrupper for barn, er målet å forebygge, hjelpe og støtte utsatte familier. Mer presist oppsummeres målsettingene ved tilbudet i følgende punkter

- Styrke identitet, mestringsevne og selvfølelse hos barna
- Dele opplevelser og erfaringer med andre barn
- Gi barna tilpasset og relevant informasjon og kunnskap
- Hjelpe barna å håndtere vanskeligheter og stimulere til kommunikasjon om disse innad i familien
- Gi barn og unge håp, med opplevelse av å kunne greie seg i livet.

Gruppetilbudet gjennomføres ved hjelp av to metodiske tilnærminger; terapeutisk og pedagogisk, basert på ungenes erfaringer og opplevelser, og fagpersoners kunnskap.

Med dette som utgangspunkt gikk vi høsten 2007 i gang med rekrutteringsarbeidet for å starte opp gruppetilbud etter nyttår 2008. *Cu2* anbefaler at gruppeledere bør ha personlig kontakt med aktuelle familier, og gjennomføre minst én familiesamtale som en del av forarbeidet. Målsetting med en slik samtale er å bli kjent med familiens språk og beskrivelser av utfordringer, samt å bidra til å åpne for bedre kommunikasjon i familien.

Det viste seg å være en stor utfordring å rekruttere barn til gruppa. Vi informerte barneverntjenesten, helsesøstertjenesten, den kommunale psykiatritjenesten, samt spesialisthelsetjenesten. Det endte med at vi fikk navn på fem familier, hvorav fire kom til

³² See you too.

³³ Senere er gruppetilbudet utvidet til også å gjelde barn av rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke foreldre (www.vfb.no, 2. september 2010).

for-/familiesamtale. Av ulike årsaker trakk én familie seg, så da vi skulle starte opp, var det tre familier og tre barn igjen. Barnegruppa var i alderen 9-12, og vi var samlet 9 ganger. Vi startet med å følge forslag til aktivitet og tema slik beskrevet i veilederen.

Erfaringer vi gjorde oss

Allerede andre gruppesamling sa en av ungene klart i fra at ”mine tanker er mine, og de er jeg ikke interessert i å snakke om”. Denne ungen ga tydelig beskjed om at han ikke var interessert i noe annet enn aktivitet. Retrospektivt kan jeg tenke at dette er en gutt med sterke lojalitetsfølelser til sin mor, og som hadde innordnet tilværelsen i forhold til dette (Glistrup 2004, Nordenhof 2008, Rohde og Eide 2009). Når vi tegnet eller for eksempel fargela følelser, gjennomførte han dette rask og la det så bort. Han var motorisk urolig og likte lite å sitte ved bordet. Han hadde stor motstand mot å delta på aktiviteter knyttet til Cu2-temaene, og vi tilpasset aktiviteter med tanke på hans motstand, som vi forsto som et forsvarsverk (Glistrup 2004). Underveis ga mødrene³⁴ flere ganger uttrykk for ønske om informasjon om hva som skjedde i gruppa, og hva ungene og vi var opptatt av. Spørsmål knyttet til temaet *tillit* begynte å ta form. Foreldrenes ønsker og våre tanker om barns og voksnes deltakelse, var noe jeg ønsket å forstå mer av. Da vi hadde avsluttet arbeidet og gjorde opp status med tanke på veien videre, var begge enige i at forarbeidet hadde vært for dårlig og vi ønsket et tettere samarbeid med foreldrene.

Parallelt med gruppa, gikk vi begge trinn B Familieterapi og systemisk praksis, og var blitt mer opptatt av familien og systemer, og dialogen som virkemiddel. Fordi vurderingsgrunnlaget vårt var tynt, med kun tre familier, ønsket vi bredere erfaring før vi kunne konkludere med hva slags arbeid vi i fremtiden ønsket å prioritere for målgruppa ved Familiesenteret.

Da Familiesenteret ble invitert til et samarbeid med LMS³⁵ Helgelandssykehuset, og jeg samtidig skulle fortsette med mastergrad, ønsket jeg å benytte anledningen til å undersøke temaet *å muliggjøre deltakelse* nærmere, innenfor en vitenskapelig kontekst. Vi takket derfor ja til å starte arbeidet med en ny gruppe for barn med psykisk syke foreldre, i samarbeid med LMS. Dette ble Første aksjon i min aksjonsforskning.

³⁴ Alle ungene bodde alene sammen med sine mødre

³⁵ Lærings- og mestringssenteret.

4.2 Første aksjon

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for første aksjon, fra forarbeid før gruppestart, til avslutning og etterarbeid. Arbeidet var en del av et samarbeid med et statlig prosjekt, med mål om å utvikle forebyggende tiltak for barn av psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre (Bratli 2008). Prosjektet fikk navnet SMIL – Styrket mestring i livet.

Aksjonsforskning er stadige sirkler hvor plan – handling – observasjon – refleksjon gjentar seg, og jeg har gjennomført to aksjoner³⁶. I tillegg definere jeg hver gruppesamling som små aksjoner innenfor ”Første aksjon”. Jeg knytter litteratur til erfaringer og refleksjoner. Praksis ble også endret underveis, og dette beskriver jeg nærmere.

Vi hadde i perioden veiledning i personalgruppa, og prosjektgruppemøter som jeg har brukt som grunnlag i min flerstemthet (Vedeler 2004). Fordi hver gruppesamling var forskjellig og hadde forskjellig innhold og målsetting, vil også refleksjoner underveis variere i mengde og omfang. Det skjedde mye annet underveis, og vi gjorde oss mange andre tanker, men det får bli i kategori ”aksjonslæring” (Husøy 2005:6), og noe jeg tar med i andre sammenhenger. Når jeg i teksten videre skriver ”vi”, betyr dette min samarbeidspartner, altså den andre gruppelederen, og meg.

Prosjektets målsetting

Bakgrunnen for etablering av dette nasjonale prosjektet i regi av Aker Universitetssykehus – LMS, var Soria Moria-erklæringen (2005-2009) hvor følgende beskrives i kap. 10

”Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke og rusmiddelbrukende foreldre får oppfølging og hjelp” (Bratli 2008:2). I tillegg til de målsettinger som er knyttet til etablering og organisering av hjelpetiltaket, samarbeid mellom ulike forvaltningsnivå og lignende, beskrives prosjektets faglige målsettinger i følgende punkter

Prosjektets mandat

- utvikling av læringstilbud for barn med psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre.

Målgruppe

- primært barn i alderen 0-18 år
- sekundært foreldre/foresatte til barna.

Effektmål i følgende rekkefølge (ibid:6)

³⁶ Kap. 4.2 og 4.3.

- å styrke barnas forståelse og mestring av egen livssituasjon
- forebygge/ redusere psykiske helseproblemer hos barna
- å gi barna mulighet til å leve et mest mulig fullverdig liv, preget av sosial deltakelse og opplevelse av selvstendighet og egenverd
- styrket foreldre/barn-relasjon ved større grad av gjensidig åpenhet og forståelse.

Delmål (ibid:7)

- etablering av trygg og tilgjengelig møteplass – et sted for samvær og samspill hvor erfaringer kan deles og vennsksapsrelasjoner utvikles
- tilrettelegge og tilby relevant kunnskap og tilpasset informasjon både for barn og foreldre.

Fordi prosjektet var lagt til LMS, var planarbeidet også preget av de kjerneideer og metoder LMS bygger sitt øvrige arbeid på. Grunnpilarer i dette er at

- læring og mestring er av avgjørende betydning ved langvarig sykdom
- gode læringstilbud bygger på likeverdig samarbeid mellom erfarne brukere og fagpersoner under hele arbeidet
- brukerperspektiv og brukermedvirkning er forutsetninger for godt helsearbeid.

Dette innebar underveis i planarbeidet stort fokus på brukermedvirkningsperspektivet.

Oppsummert beskriver prosjektplanen at dette arbeidet initieres i den hensikt å styrke det forebyggende psykiske helsearbeidet for barn og unge, øke ivaretagelse av barn og unge innenfor målgruppen, og å styrke barnas forståelse og mestring av egen livssituasjon.

Gjennom dette er målet å bidra til å forebygge og redusere psykiske helseproblemer hos barn og unge. Med utgangspunkt i overordna, jobbet den lokale prosjektgruppen med utvikling av gruppetilbudet.

Min egen målsetting med å delta i prosjektet

Min målsetting med å delta i prosjektet var å forstå og lære mer om grupper for barn, der mor eller far er psykisk syk. I tillegg ønsket jeg å forstå mer av en uro som befant seg mellom erfaringer fra gruppetilbud for barn på den ene siden, og min nye kunnskap innenfor sosialkonstruksjonistisk forståelse og språkssystemisk tilnærming på den andre, og å bli bedre til å dokumentere og beskrive dette innenfor en vitenskapelig kontekst (Tiller 2004).

Praktisk gjennomføring

I forkant av oppstart, hadde vi laget en plan hvor datoer og tema til samlingene var beskrevet³⁷. Planen beskrev også hvilke samlinger foreldre og eventuelt søsken var invitert til. Når bare ungene skulle møte, var tidspunkt rett etter skoletid, og når foreldre og eventuelt søsken skulle delta, hadde vi satt tidspunkt litt senere, slik at de som var i jobb eller annen aktivitet, hadde mulighet til å delta. Fordi vi startet rett etter skoletid, var en del av tilbudet at vi hentet elevene på respektive skoler, og vi samlet oss rundt bordet på Familiesenteret til felles brød- og suppemåltid, før vi gikk i gang med planlagt aktivitet. Foreldrene hentet ungene etter gruppa. Før hver samling, gjennomførte min kollega og jeg en forberedelsessamtale. Etter at ungene hadde blitt hentet, reflekterte vi rundt det som hadde skjedd, og hvordan og hva vi hadde gjort.

4.2.1 Rekrutteringsarbeid/forarbeid

Vi hadde så langt hatt 6 prosjektgruppemøter³⁸ over en periode på 9 måneder. Her ble rammer og forutsetninger for arbeidet diskutert og planlagt. Det utadrettede arbeidet begynte med informasjonsarbeid i lokalavis, lokal-TV, samt produksjon av informasjonsmateriale.

Som en del av rekrutteringsarbeidet, inviterte vi oss til barneverntjenesten, den psykiatriske hjemmetjenesten, helsesøstertjenesten og Familiesenteret. Representanter i prosjektet fra spesialisthelsetjenesten, informerte sine respektive avdelinger; Voksenpsykiatrisk og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (VOP og BUP) og PPT. I prosjektgruppa hadde vi definert at de tjenesteområdene som har voksne som målgruppe, var de viktigste arenaene for rekruttering; VOP og psykiatrisk hjemmetjeneste. Også Familiesenteret og barneverntjenesten ville være i kontakt med mange familier der mor eller far er psykisk syk. I tillegg til at vi selv informerte, hadde vi sendt ut brosjyrer³⁹ til alle legekontor i byen, samt andre steder vi antok at noen kunne finne informasjonen nyttig.

³⁷ Vedlegg nr 3

³⁸ Referat fra alle møter ble skrevet av lokal prosjektleder som delgrunnlag for dokumentasjon av prosjektet.

³⁹ Brosjyrene var utarbeidet av Aker Universitetssykehus v/Siw Bratli, og tilpasset de lokale forholdene i pilotene.

Til sammen seks familier ble rekruttert. Familiesenteret rekrutterte tre familier, barneverntjenesten rekrutterte to, mens én familie tok selv kontakt etter egen kjennskap til prosjektet og Familiesenteret. De som rekrutterte familiene, hadde snakket med de aktuelle foreldrene, informert om tilbudet, og foreldrene hadde takket ja til å komme til familie/forsamtale⁴⁰ med oss. Det kom ingen henvendelser fra VOP, psykiatrisk hjemmetjeneste eller helsesøstertjenesten.

Refleksjoner

Statistisk vil så mange som 650 barn i vår kommune vokse opp med en eller begge foreldre med psykiske lidelser. I litteratur og prosjekter som omhandler familiefokus i voksenpsykiatrien, er det mulig å finne noen forklaringer på hvorfor ingen ble rekruttert fra voksenarenaene. Aamodt og Aamodt (2005) viser i sin undersøkelse at kun 1,59 % av tiltak i voksenpsykiatrien er familiesamtaler, og det er rimelig å anta at behandlerne ikke har mye erfaring med å snakke med og om familier. Både Glistrup (2004), Aamodt og Aamodt (2005), og Flaaten og Rynning Myrvoll (2006) drøfter behandlernes egne utfordringer med å snakke med pasienten om barna, og når den psykisk syke selv trenger å vektlegge barnas positive sider (Glistrup 2004), kan det å "selge" et gruppetilbud for ungene inn som en god idé bli en utfordring i relasjonen mellom pasient og behandler. Den faglige forståelsen og erkjennelsen av barns rolle i forhold til sine foreldre, er en annen kritisk faktor (ibid, Aamodt og Aamodt 2005). Det ble diskutert i prosjektgruppemøte⁴¹ at fagfolk må ha tro på tilbudet som en forutsetning for rekruttering. Glistrup beskriver hvordan mange behandlere bevisst velger å jobbe med de voksne, utvikler kompetanse innenfor dette, og dermed ikke ønsker å involvere seg med barna (2004:55).

I tillegg kommer tidsfaktoren inn i forhold til rekrutteringsarbeidet. Prosjektets tidsramme (Bratli 2008) ga ikke rom for å bruke mye tid på dette. Tidsfaktoren beskrives også av Flaaten og Rynning Myrvoll (2006). De sier at dersom man skal lykkes i rekrutteringsarbeidet, er det behov for både tid og tilgjengelighet, det vil si å være i en gunstig posisjon til rekrutteringsagentene. Det var lite tid til å sette seg ned, eventuelt flere ganger, for å diskutere i dybden intensjonen med gruppetilbudet.

⁴⁰ Vi brukte på dette tidspunktet forsamtale og familiesamtale om hverandre.

⁴¹ 16. oktober 2008.

De som skal rekruttere, må tro like mye på et slikt tilbud som vi selv. Behandleres tror på tilbudet vil kunne være en forutsetning for at tillit skal oppnås mellom foreldre og oss som gruppeledere, som igjen vil være nødvendig for barnets deltakelse (Øvreeide 2001, Flaaten og Rynning Myrvoll 2006). Holdningsendring og økt kunnskap innenfor fagmiljøene vil være ett tema. Anerkjennelse fra ledernivå på at temaet berører også de som jobber med de voksne, og anerkjennelse til å prioritere dette arbeidet i en ellers presset hverdag, vil være et annet. Vi trenger mer tid til dette arbeidet, enn en presset prosjektperiode. I prosjektgruppas Statusrapport⁴², oppsummeres at det er behov for betydelig mer ressursbruk i informasjons- og motivasjonsarbeidet (les; rekrutteringsarbeidet).

4.2.2 Forsamtalen/familiesamtalen

I våre første møter med familien var det viktig for oss å bli kjent med språket de brukte om problemene sine, og det var viktig at vi fikk presentert oss selv, innhold og målsetting med gruppetilbudet (Bratli 2008). Språket i denne sammenhengen betyr hvordan de snakker om sykdommen, og hva slags navn de bruker på den i familien. Navn kan være ord som tretthet, mørket, slitenhet, uro, spøkelser osv (Glistrup 2004, Nordenhof 2008). I prosjektbeskrivelsen (Bratli 2008) var det ikke lagt føringer for dette forarbeidet, annet enn at det skulle løses i de lokale prosjektgruppene. Heller ikke i den lokale prosjektgruppa ble det lagt føringer for disse samtalene.

De seks familiene utgjorde til sammen syv unger i alderen 9-13 år, gutter og jenter. Foreldrene hadde allerede vært i samtale med de som hadde rekruttert dem, og vi var nå kommet til forsamtale/familiesamtale. Vi ønsket at begge foreldre skulle delta i samtalen med ungen, også der foreldrene ikke levde sammen (Glistrup 2004). Ingen av ungene bodde sammen med begge foreldre. Fem bodde sammen med mor, én sammen med far og én med annen familie. I sistnevnte var det allikevel mor som deltok med ungen i samtalen, og det var hun som skulle delta de gangene det var aktiviteter sammen med familiene.

Under to av familiesamtalene snakket foreldrene åpent om utfordringer knyttet til hvorfor de tenkte ungen kunne ha nytte av tilbudet. I én familie, der mor hadde den daglige omsorgen og var den som hadde en psykisk lidelse, ønsket ikke far å delta i forsamtalen. Han hadde gitt uttrykk ovenfor mor at han var skeptisk til ungens deltakelse. Imidlertid snakket mor åpent i

⁴² 18. februar 2009.

samtalen om egne opplevelser med egen sykdom. I disse tre familiene var det uttalte ønsker fra foreldrene om at ungene skulle treffe andre unger som også hadde foreldre med psykiske lidelser, og at de gjennom dette ville forstå at de ikke var alene om å ha det sånn (Bratli 2008).

Én mor ble forskrekket da vi snakket om psykiske lidelser, og sa det ikke var slik i deres familie. Hun avviste våre forsøk på å tematisere målsettingen med gruppetilbudet. Dette var en dame som var kjent i hjelpeapparatet gjennom mange år. Hun var opptatt av at ungen hennes var ensom og hadde lite venner, og at gruppa ville være et godt sosialt tilbud. Ungen på sin side ba moren om å få være med i gruppa, fordi det hørtes spennende og sosialt ut med aktivitetene og samværet med de andre. Vi ble begge ”tatt på senga” av denne samtalen. Siden ungen var tilstede, ble det vanskelig for oss å stille spørsmål til mor om den informasjonen vi hadde med oss inn i møtet. Fordi begge ga sterkt uttrykk for ønske om at ungen allikevel skulle delta, ble dette avtalt.

Én mor jeg selv hadde snakket med flere år tidligere, fortalte på tur inn til samtalen at ungen ikke visste om hennes rusproblemer, kun hennes psykisk lidelse. Jeg hadde tenkt om rusproblematikken som det åpenbare, og ble overrasket. De som hadde rekruttert familien hadde også brukt begge områder som begrunnelse. Selv om mor ikke åpnet for å snakke om rus, kunne vi i forsamlingen snakke om utfordringer knyttet til psykiske lidelser og hvorfor hun ønsket at ungen hennes skulle delta.

I den sjette familien var det far som hadde den daglige omsorgen for barnet. Mor var i følge far og hjelpeapparatet psykisk syk, men mor avviste å snakke om dette. Vi opplevde motstand fra mor på at ungen skulle delta i gruppa, med henvisning til alt ungen hennes ville bli eksponert for fra de andre ungene. Det ble først avklart senere at ungen skulle delta.

Refleksjoner

Ved et par anledninger ble vi altså ”tatt på sengen” i løpet av forsamtalene. Umiddelbart blir jeg fristet til å si at vi ble tatt på sengen av foreldrene, men det vil være mer korrekt å si at vi ble tatt på sengen av for dårlig for- og rekrutteringsarbeid. Prosjektgruppa hadde selv vært ansvarlige for informasjonen. Slik hadde vi ansvar for store deler av prosessen og for å sørge for at informasjonen var gitt tilstrekkelig og nødvendig. Mevik og Trymbo (2003) viser til et dansk prosjekt hvor det i evalueringen kom frem at det var av stor betydning at foreldrene var

grundig informert om tilbudet på forhånd. For å sikre at informasjon skal kunne bli mottatt, må hjelper ta ansvar for at det jobbes med å etablere en relasjon som gjør det mulig for den andre å motta informasjon (Shotter 2009 a). I tillegg til vår egen innsats, ville rekrutteringsarenaens tro på prosjektet og tilbudet, og deres mot til å snakke med foreldrene – være avgjørende (Flaaten og Rynning Myrvoll 2006).

Én mor hadde gitt tydelig uttrykk for at hun ikke hadde tillit til at vi skulle greie å ta vare på hennes unge, og var redd for hva hun skulle bli utsatt for. Hvis foreldre skal ha tillit til oss som gruppeledere, og ”gi fra seg” ungen sin til oss, må de vite hvem vi er (Anderson 2003). Vi må forsøke å oppnå en relasjon av *likeverdighet* med gjensidig respekt, som blant annet forutsetter at vi er tydelige og forutsigbare i budskapet (Glistrup 2004), viser at vi er i stand til å ta vare på ungene deres og historiene deres, og i stand til å håndtere eventuelle vanskelige situasjoner som oppstår.

Noen av disse ungene hadde ikke tilstrekkelig tillatelse fra sine foreldre til å delta. Barns lojalitet til foreldre er nesten bestandig sterkere enn til andre. Foreldrene må gi sin helhjertede tilslutning (les; tillatelse) til barnas deltakelse i gruppa, ellers settes barnas lojalitet på harde prøver (Mevik og Trymbo 2003). For at ungene skal komme til gruppa og ta del i temaene vi har planlagt, forutsetter det at foreldrene skal kunne ta del i de sammen temaene. Det må være tilstrekkelig med forsamtaler med bare de voksne, før familiesamtalene (Nordenhof 2008). Som jeg har beskrevet, forholdt vi oss til forsamtale og familiesamtale som to sider av samme sak. Dette måtte vi endre på for å tydeliggjøre at det faktisk er en forskjell. For at familiesamtalen skal bli bra, må forarbeidet gjøres grundig. Familiesamtalen er den arenaen hvor vi som gruppeledere snakker med foreldre og barn sammen, og det er i møtene i rommet mellom rekrutteringsarbeidet og familiesamtalen som blir bestemmende for hvordan familiesamtalene kan bli. Det er her forsamtalene eller *foreldresamtalene* (Nordenhof 2008) finner sted. Det er i disse samtalene spørsmål om tillit og tillatelse avgjøres. Det kan være aktuelt med flere foreldresamtaler (Glistrup 2004). Dette ble også diskutert i evalueringsmøte⁴³. Glistrup (2004) og Øvreeide (2001) sier at kunnskap og kompetanse på flere områder er nødvendig i familiearbeide, blant annet kunnskap om psykiske lidelser, kunnskap om barns utvikling og kunnskap om samtaler.

⁴³ Evalueringsmøte i prosjektgruppa 9. juni 1009.

Av de seks familiene ungene var rekruttert fra, opplevde vi at tre av dem var godt forberedt og inneforstått med målsetting for gruppa og ungenes deltakelse (SMIL 2008). I de tre andre familiene var det ved oppstart av gruppa uavklart hvordan foreldrene forholdt seg til egne utfordringer, hva og hvor mye ungene visste, og dermed usikkert om de hadde et språk for utfordringene. I disse familiene ville det heller ikke være åpenbart for ungene hva slags type gruppetilbud de skulle delta på. Vi tillot til og med at én unge fikk delta på noe hun trodde var en sosial gruppe, og vi stoppet det ikke. Gruppegjennomføringen ville preges av deltakernes ulike forventninger, tillatelse og forkunnskap.

Vi hadde nå en utfordring med tanke på hvordan vi skulle planlegge første familiesamling, hvor informasjon om gruppetilbudet og målsetting var et av temaene. Informasjonen måtte planlegges utifra at alle skulle delta og høre det samme, og at vi ikke ønsket å gjøre det vanskelig for noen, eller sette noen i lojalitetskonflikt.

4.2.3 Første gruppesamling – hele familien

Hensikten med første samlingen, var å gi felles informasjon til alle om gruppetilbudet og målsettinger, og at foreldrene skulle få et forhold til gruppa, og treffe de andre familiene. Tanken var derigjennom å gjøre det lettere for ungene å snakke om gruppa hjemme, og et håp var å ufarliggjøre de voksne for hverandre. Vi skulle også gjennomgå tidsplanen og praktiske opplysninger. Alle som var invitert kom, vi serverte brus, kaffe og kaker, og vi var samlet rundt et stort bord på Familiesenteret.

Til tross for familienes ulike forutsetninger for deltakelse, måtte vi forholde oss lojalt til prosjektets målsetting og gruppas innhold. Informasjonen ble veldig generell, og henvist til målsettinger på nasjonalt plan, og barns behov når foreldre er psykiske syke/rusmiddelavhengige. Tidligere har jeg beskrevet noen forutsetninger for å oppnå tillit i relasjoner, som blant annet handler om tydelighet og forutsigbarhet. Vi hadde ikke vært noen av delene. Shotter (2009 a) sier at uten at vi har en opplevelse av felles delt forståelse eller virkelighet ("our jointly shared reality" ibid:12), vet vi heller ikke hva vi kan forvente av hverandre og den andre. Vi hadde ikke bidratt til at foreldrene trygt skulle kunne overlate sine barn til oss, og stole på at vi som gruppeledere skulle greie å håndtere familienes historier og eventuelle vanskelige situasjoner. Spesielt gjaldt dette de familiene der skepsisen i

utgangspunktet var stor. Moren som var bekymret for at datteren skulle få høre mange tunge historier hun ikke hadde noe med, ble sannsynligvis ikke tryggere i dette møtet.

Vi satt igjen med en opplevelse av å måtte fortsette med det vi hadde begynt på, og å ”gjøre det beste ut av det”, selv om det føltes ubekvemt.

4.2.4 ”Da jeg var jente” – andre gruppesamling

Som en del av kravene i prosjektet og LMS sine grunnpilarer, hadde vi gjennom forarbeidet knyttet til oss en ung dame (jeg kaller henne Helena) som har vokst opp med en far med psykiske lidelser. Hun hadde deltatt i planleggingsarbeid, og sagt seg villig til å delta på de samlingene som skulle være med barnegruppa. I prosjektgruppemøtene var det bestemt at Helena skulle fortelle om sin oppvekst med sin psykisk syke far. Ideen var å vise for ungene i gruppa at det kan gå bra, selv om man har en slik oppvekst som hun har hatt (Bratli 2008). Denne gangen skulle hun fortelle fra sin oppvekst, og vi skulle gjøre oppgaver fra Cu2 i forlengelsen av dette.

Mens Helena fortalte, satt alle ungene stille og lyttet. Etterpå var det ingen som ønsket å si noe eller spørre om noe. Vi hadde funnet frem aktivitet fra CU2-manualen; ”Fargelegging av følelser” og ”Sette ring rundt utsagn som passer” (2006:31 og :52). Som en del av aktiviteten, ble ungene spurt om de ønsket å dele noe med de andre, men det var det ingen som ønsket.

Refleksjon

Fordi noen unger hadde det uavklart med tanke på tillatelse fra sine foreldre til å delta, ble det vanskelig for oss å snakke videre rundt historien til Helena. At ingen av ungene ønsket å dele med de andre det de hadde gjort, gjorde at temaet ”å vokse opp med en psykisk syk far” ble hengende som noe vi ikke kunne snakke videre om. Vi som hjelpere var med på å bekrefte at deres egne historier ikke var til å snakke om, og vi sto i fare for å bekrefte skam og skyldfølelser (Glistrup 2004). Vi sto med dette i fare for å ha bidratt til ytterligere lojalitetskonflikt i forhold til foreldrene, og at taushet og tabu rundt egne historier ble ennå tydeligere.

4.2.5 ”Jeg vil fortelle deg min historie” – tredje gruppesamling

Til denne samlingen hadde vi planlagt høytlesing fra boka *Hva er følelser* av Svaton og Gaustad (2007), og håpet å få en samtale i forlengelse. Mye av aktivitetene beskrevet i Cu2 er basert på samtaler og deling av erfaringer (2006). Da jeg henta ei av jentene, en av de som hadde tillatelse fra moren til å delta, sa hun at hun ønsket å fortelle fra sin historie med sin syke pappa. I neste åndedrag spurte hun etter Helena. Skuffelsen i ansiktsuttrykk hennes var tydelig da jeg fortalte at Helena ikke kom i dag. Hun fortalte allikevel litt av historien sin til oss. Ingen av de andre ungene ønsket å si noe eller spørre om noe etterpå. Flere ganger kommenterte jenta at det var dumt at ikke Helena var der.

Refleksjon

LMS-ideologi vedrørende brukerrepresentasjon og likemannsarbeide er utarbeidet med tanke på somatiske sykdom (Bratli 2008). Følelser som skam og tabu er spesielt knyttet til familier med psykiske lidelser og rus, som igjen til enhver tid er nært knyttet til samfunnets holdninger. Jeanette Cold i Prosjekt unge pårørende (Holm, Møller og Perl 2002) beskriver barn av psykisk syke som en spesielt sårbar gruppe, nettopp på grunn av dette. Oslopiloten⁴⁴ beskriver en del uregelmessig oppmøte fra brukerrepresentanter i Sluttrapporten (Brattli 2010). Ønsket hadde vært at Helena skulle delta på alle gruppesamlinger for ungene, men det viste seg vanskelig for henne å komme tilbake. Det ble viktig å sjekke ut hvordan hun kjente på det, for å kunne gi ungene en tilbakemelding.

4.2.6 Tøffe jenter i klatreveggen – fjerde gruppesamling

Målet for denne samlingen var å gi ungene mestringsopplevelser i klatreveggen, i en sosial sammenheng (Bratli 2008) og vi møttes i gymsalen. Ungene virket glade, og var nær oss på en ny måte. De som ikke fant tilstrekkelig mot til å prøve veggen mer enn én gang, fant glede ved å løpe i gymsalen, etter og om hverandre. De to yngste og minste jentene virket strålende fornøyd med klatring. De var til topps, på flere ruter, flere ganger. Så avsluttet også de med ”å løpe etter” i gymsalen. ”Dette vil vi gjøre mer”, var unisont tilbakemeldingen da vi kjørte ungene hjem.

⁴⁴ SMIL-prosjektet hadde to piloter: En bydel i Oslo, og Mo i Rana.

Refleksjon

Dette var nye opplevelser. Ungene virket tryggere. Det var ingen forventninger om at de skulle prestere noe i forhold til vanskelige tema. De ble ikke satt i en mulig lojalitetskonflikt i forhold til foreldrene, og kunne trygt og avslappet være tilstede (Mevik og Trymbo 2002). Etterpå reflekterte vi over muligheten for rene *aktivitetsgrupper*. Med bakgrunn i erfaringer fra tidligere gruppesamlinger; opplevelser av at vi gjorde det for vanskelig for ungene å delta, var dette en idé som måtte modnes.

4.2.7 Store og små på aketur – femte gruppesamling

Foreldre og søsken var invitert til familiedag. Vi ønsket at alle kunne samles til felles og forhåpentligvis hyggelig aktivitet. Ideen til dette kom fra erfaringene fra Cu2-arbeidet. Vi ønsket å legge til rette for felles aktivitet for familiene, felles mestringsopplevelser, og at de voksne også kunne komme sammen å finne et fellesskap utifra felles erfaringsbakgrunn. Vi håpet at dette også ville bidra til økt trygghet for foreldrene og tillit i forhold til gruppa og oss som gruppeledere.

Fordi vi ville være sikre på at alle hadde husket turen, ringte vi familiene noen dager i forvegen. Ën familie svarte ikke på henvendelser, og ga heller ikke beskjed om at de ikke kom. Ën familie ga beskjed om at de ikke kom. Dette var to av de tre familiene hvor det ikke var åpenhet rundt utfordringene knyttet til psykisk sykdom, og hvor vi tenkte at ungene ikke var gitt tillatelse til å delta. Den siste av disse tre familiene, deltok. Dette var moren jeg kjente fra tidligere, og som jeg opplevde hadde tilstrekkelig tillit til meg som gruppeleder, til å delta med de andre. Tilliten var kanskje ikke tilstrekkelig til at ungen hennes kunne delta med sine historier og åpenhet på gruppesamlingene, men de to hadde det fint sammen under fellesaktivitet. Resten av familiene stilte opp til aking og grilling. De voksne samlet seg rundt bålet, mens ungene delvis akte og delvis var rundt bålet sammen med de voksne. Ën mamma akte et par ganger med ungen sin.

Refleksjoner

For å kunne delta i aktivitet og delta sammen med andre mennesker i en gruppe, kreves en viss grad av åpenhet og tillit. Åpenhet i forhold til å vise seg frem med sine utfordringer. Det er fortsatt fordommer og ukunnskap i vårt samfunn knyttet til det å ha en psykisk lidelse (Mevik og Trymbo 2002). Vi inviterte familier inn i et fellesskap hvor psykiske lidelser var

fellesnevneren, samtidig som vi visste at noen av disse familiene i samtale med oss gruppeledere ikke ønsket å snakke om det. Vi hadde tenkt at invitasjon til aking og grilling var tilstrekkelig trygt. En far som ikke er syk, vil kunne tenke at de andre ser på ham som syk. En mor som ikke opplever å være syk, vil ikke nødvendigvis identifisere seg med gruppa. At de to familiene som kanskje var mest sårbare med hensyn til egne historier, ikke kom, knyttet vi også til at vi ikke hadde tydeliggjort forventninger til familiene. Tross alt var *psykiske lidelser og åpenhet* uttalte tema for prosjektet. Som ved annen deltakelse i prosjektets sammenheng, var det også ved en slik aktivitet behov for et tillitsfullt forhold mellom foreldrene og oss. Vi hadde ikke gjort noe underveis for å styrke alliansen med foreldrene (Nordenhof 2008). ”And it is only in relation to such a jointly shared reality that we can express to each other who we are, express the nature of our unique *inner lives* to each other” (Shotter 2009 a:12). De kunne ikke vise seg frem, verken for de andre familiene eller for oss gruppeledere.

Disse erfaringen gjorde at vi så på resten av programmet for gruppa på nytt. Det ble viktig for oss å ikke gjøre det mer komplisert enn det allerede var for ungene eller familiene. Vi måtte forsøke å redusere eventuelle opplevelser av lojalitetskonflikt, slik at ungene kunne fortsette å komme, og da måtte vi blant annet endre foreldredeltakelsen. Risberg (2009) sier at aksjonsforskning skal komme deltaker og organisasjon til gode, og Tiller (2004) sier man iverksetter tiltak, evaluerer og studerer virkningen for å kunne forbedre praksis. Også Husøy (2005) beskriver hvordan kurs kan endres eller justeres underveis, samtidig som man er i praksis. Vi hadde kommet til et punkt i forskningen hvor det var nødvendig å endre praksis på bakgrunn av ny kunnskap. Det ville være uetisk å fortsette prosjektet uten å endre det til beste for barna og familiene (Fuglseth og Skogen 2006).

4.2.8 Gruppelederne roter det til – sjette gruppesamling

Til denne samlingen hadde vi planlagt noen aktiviteter fra Cu2-manualen: ”Meg selv – hvordan opplever du deg selv, hva tror du andre tenker om deg og hva ønsker du andre skal tenke om deg”, og ”Følelsesballong” (2006:18 og :23).

”Følelsesballongen” skulle illustrere ”å holde inne med noe”. Ballongene ble blåst opp, og alle satt seg på sin. Møtet fortsatte, mens uroen i gruppa steg på grunn av ballongene. Til slutt skulle de få sprekke sine ballonger, og vi skulle snakke om hvor mye lettere det var å

snakke sammen når ballongen var sprengt. Vanligvis går ballonger i stykker når man setter seg hardt på dem, men ikke denne gangen. Dette var solide ballonger som ikke sprakk når trykket ble stort. De holdt lufta, til tross for at ungenes hopping. Vi benyttet oss av illustrasjoner som ikke fungerte, for å snakke om temaer vi ikke kunne snakke om! Den andre øvelse vi skulle gjøre denne dagen, var setningsutfylling med ”Det som gjør meg...”. Ingen av ungene ønsket å dele noe med de andre underveis eller etterpå.

Vi informerte gruppa om at Helena ikke kom tilbake. Et par av jentene uttrykte skuffelse.

Refleksjon

Ungene var fortsatt ikke i en slik situasjon at de hadde noe å dele med de andre. Dersom forarbeidet hadde vært grundigere, dersom foreldrene hadde vært trygge på oss som gruppeledere, og de hadde vært trygge på historiene som kom frem og hvordan disse ble ivarettatt, ville ungene kunne deltatt i forhold gruppas målsettinger. Når flere av ungene ikke hadde tillatelse fra sine foreldre til å delta, ble det vanskelig for dem å dele, eller å risikere å måtte dele, med de andre i gruppa. Å *risikere å måtte dele* er en utrygg situasjon for ungene. Den kan innebærer at de bruker mye energi på bare å være tilstede, og å være redd eller bekymret for hva vi som gruppeleder skal kunne spørre dem om eller utfordre dem på.

Igjen hadde vi kommet til et punkt hvor det var nødvendig å endre praksis utifra ny kunnskap (Tiller 2004, Husøy 2005, Fuglseth og Skogen 2006, Risberg 2009). Vi kunne ikke fortsette å ha en gruppe hvor målsetting var å sette ord på vanskeligheter og utfordringer flere av ungene ikke hadde språk for, eller tillatelse til. Samtidig var det en utfordring fra prosjektets side å fortsette innenfor opprinnelig målsetting. Utifra refleksjoner og erfaringer så langt, konkluderte vi med at forarbeidet hadde vært såpass dårlig gjennomført, at ungene måtte få et gruppetilbud preget av *aktivitet* de resterende gangene.

4.2.9 ”Hva er egentlig meningen med dette?” – syvende gruppesamling

Fordi vi nå hadde endret gruppa til en aktivitetsgruppe, hadde vi ikke forberedt oss spesielt til denne samlingen. Dersom ungene ønsket det, kunne vi spille spill. En av jentene spurte under måltidet hva meningen med gruppa var. Vi ble umiddelbart svar skyldige, og så på hverandre. Dette var et spørsmål helt på sin plass. Vi spurte henne og de andre ungene hva de tenkte om spørsmålet, og hva de kunne tenke seg å gjøre. Alle ungene svarte at de egentlig

ikke visste hva som var meningen, men alle ønsket mer aktivitet, som klatring og svømmebasseng. Etter denne samlingen sendt vi ut brev⁴⁵ til foreldrene med korrigert program.

Refleksjon

Det hadde lenge vært tydelig at hensikten med gruppa var blitt utydelig, så at ungene både spurte og svarte slik de gjorde, var en naturlig konsekvens av dette. At vi nå ønsket å være et aktivitetstilbud til ungene, var en tilpasning til den situasjonen ungene var satt i av oss voksne. Vi hadde invitert dem til å delta på noe som for mange var umulig.

4.2.10 Futt og smell og et lite brannså – åttende gruppesamling

I stedet for en familieaktivitet, slik opprinnelig planlagt, hadde vi alliert oss med en naturfaglærer og et kjemirom på en ungdomsskole. Ønsket var å gi ungene opplevelser som ikke stilte krav til dem og deres historier. Læreren skulle finne frem eksperimenter med futt, farge og smell i, og noe ungene kunne prøve på selv. Alle ungene virket fornøyd, alle deltok med nysgjerrighet, og alle kom helskinnet fra det, unntatt et lite brannså på en finger etter å ha bøyd glassrør.

Ungene ga uttrykk for å være fornøyde, både underveis og etterpå.

4.2.11 Vi møtes for siste gang – niende gruppesamling

Første gruppekveld med familiene hadde vi avtalt at på avslutningskvelden skulle vi bestille pizza fra en av byens pizzarestauranter, og vi skulle servere kaker. I og med erfaringene og refleksjonene underveis, endret vi planen for avslutningen. For å sikre at alle ungene fikk spist pizza, noe alle første kvelden hadde jublet over, inviterte vi ungene ut på pizzarestaurant, og etterpå ble foreldre og søsken invitert til kaffe og kaker på Familiesenteret. Alle ungene kom. Foreldre fra to familier møtte ikke; de samme som ikke kom på ake- og grilltur. En unge spurte hva slags gruppe hun nå skulle være med i. Flere av ungene sa de ønsket at gruppa skulle fortsette etter sommerferien. Vi gjorde avtaler med foreldrene om ettersamtaler.

⁴⁵ Vedlegg nr 4

Refleksjon

Planen var endret med håp om at alle ungene skulle få delta på avslutning og pizza, og alle ungene kom.

4.2.12 Ettersamtaler

Som en del av prosjektarbeidet, lå også forventninger til ettersamtale og evaluering av arbeidet. Vi ønsket at den ”friske” foreldre (Glistrup 2004) også her skulle delta i ettersamtalen, der dette var mulig.

En samtale

En ettersamtale med mor og sønn, ble gjennomført som familiesamtale slik Nordenhof (2008) og Rohde og Eide (2009) og beskriver det, med temaene: Er det min skyld, skam, er det noe jeg kan gjøre for at det skal bli bedre, blir jeg også sånn, og er jeg den eneste (Øvreeide 2000, Mevik og Trymbo 2002, Glistrup 2004).

Dette var den moren som bare ville at det skulle snakkes om hennes psykiske problemer og ikke hennes rusproblematikk. Jeg valgte å snakke om temaene på generelt grunnlag – ”når barn vokser opp med mammaer eller pappaer som har psykiske problemer eller ruser seg”. Dette samtykket både mor og sønn til. Han satt helt stille i én time og lyttet til mors og min samtale, og var klar i sitt ønske om ikke å delta aktivt selv. Moren hadde deltatt i alle de samlingene foreldrene var invitert til. Hun sa hun syns det hadde vært utfordrende å møte, fordi hun ikke visste hva det eventuelt var forventet av henne. Videre opplevde hun det utfordrende å være med, fordi hun ikke visste hvem de andre foreldrene var, og hva slags bakgrunn de hadde (Shotter 2009 a).

Refleksjon

Dette var en unge som hadde vært mye motorisk urolig i løpet av gruppetilbudet. Nå lyttet han til det vi snakket om, og virket trygg på å være i situasjonen. Mor viste gjennom samtalen at hun hadde tillit til meg, og gjennom dette kunne ungen rolig være tilstede fordi mor tillot det. Han skapte ingen uro som forstyrret samtalen, han trengte ikke at fokus ble flyttet bort fra samtalen. Han kunne rolig lytte.

De andre samtalene

I én samtale kom mor alene. Ungen hadde i siste øyeblikk prioritert annen aktivitet. Dette var en av familiene hvor vi opplevde at ungen hadde tillatelse til å delta. Moren sa hun og ungen var fornøyd med tilbudet, men sa seg enig i at det ikke hadde stått til forventningene. Hun ga uttrykk for ønske om egen gruppe for foreldre. Hun ønsket å diskutere med andre foreldre om hvordan trygge unger som sliter med vanskelige tanker og livssituasjoner. Alternativt kunne hun tenke seg at det som en del av gruppetilbudet ble arrangert egne temakvelder for foreldrene. Dette ble gjort i Oslo-piloten (Bratli 2010).

Én ettersamtale resulterte i videre samarbeid med Familiesenteret. Denne ble også gjennomført som en familiesamtale (Nordenhof 2008, Rohde og Eide 2009,). Dette barnet bekreftet i samtalen bekymringer for å "ha blitt sånn" som moren, og fikk formidlet dette. Øyeblikket da jenta fortalte at hun var redd hun var blitt som moren, var et *intersubjektivt øyeblikk* slik Øvreeide (2001) beskriver det, mellom mor og datter.

Barneverntjenesten ga uttrykk for at det hadde vært et godt tilbud til de familiene de hadde rekruttert, og at familiene rapporterte om fornøyde unger.

Refleksjon

Det var et stort sprik mellom det vi som gruppeledere opplevde med tanke på fornøydhet, og det familiene opplevde. Den nasjonale rapporten (Bratli 2010) beskriver også at de to familiene den nasjonale prosjektlederen hadde snakket med, hadde gitt uttrykk for stor tilfredshet med tilbudet. Det må sies i denne sammenheng, at hun intervjuet to familier som fra begynnelsen hadde vært åpne om utfordringene, og hadde uttrykte ønsker om ungenes deltakelse i gruppa. Jeg velger imidlertid å ikke reflektere nærmere over spørsmålene knyttet til fornøydhet i denne oppgaven.

Familiesamtaler som ikke ble noe av

En familie kom ikke til ettersamtale, og ga heller ikke beskjed. En annen familie kom heller ikke som avtalt, men vi ble enige med dem om at denne ettersamtalen ble ivarettatt av nasjonal prosjektleder. Den siste familien, hvor mor ønsket gruppetilbudet til ungen som en sosial arena, greide vi aldri å gjøre noen avtale med.

4.2.13 Refleksjon over refleksjoner

Våre erfaringer ble nok satt på spissen i og med tidsperspektivet og kravet som var satt til gjennomføring, som en del av et nasjonalt prosjekt (Bratli 2008). Rapport til Flaaten og Rynning Myrvoll (2006) påpeker at tid er viktig. Det er mange som skal forstå, anerkjenne og bli trygge, for at barna skal kunne delta med hele seg. Vi må nok erkjenne at det ble gjort noen vurderinger av hensyn til prosjektets krav til gjennomføring, mer enn av faglige hensyn.

Et annet spørsmål som handler om tid, er hjelperes tendens til å bli handlingsivrig på vegne av ungene. Som profesjonelle hjelpere ser vi familiene, og vi ser ungene som lider i forhold til foreldrenes reduserte foreldrefunksjon (Killén 2007), og vi ønsker å hjelpe raskt (Glistrup 2004). Dersom vi handler for raskt, risikerer vi å gjøre vondt verre. Dersom vi overser foreldrenes behov for tillit som forutsetning for ungenes tillatelse til å delta, og vi glemmer å ta hensyn til at barnas rette adressater eller relevante voksne, er viktigere for dem enn det vi er, risikerer vi å bekrefte skyld og skamfølelser. Dette enten det dreier seg om læring- og mestringsgrupper, eller samtaler med barn alene. Vi må tåle at det tar tid å gjøre et grunnarbeid på en slik måte at alle kan delta.

Beardslee sier at det er mellom foreldre og barn at tabu må brytes (Glistrup 2004), og Anderson (2003) og Andersen (2005) sier at problemer oppstår i språket og må derfor oppløses i språket. Dersom det er slik, vil vår rolle som hjelpere reduseres til tilretteleggere og eksperter på prosess, slik Anderson (2003) blant annet sier om dialogen, med den funksjon å bidra til å gjenopprette samtalen i familier der samtalen har gått i stå (Rohde og Eide 2009). Er det mulig å oppnå målsettingene i SMIL (Bratli 2008) dersom vi ikke gjør foreldre og barn sammen til hovedaktører i egne liv? Øvreeide (2001) sier det er hjelperens ansvar å legge til rette slik at barnets behov blir sett av relevante voksne. Han sier også at for å *forebygge*, må vi bidra til å trygge de intersubjektive øyeblikkene. Dette er spesielt viktig der foreldre har psykiske lidelser og mulig svekket foreldrefunksjon, og der de intersubjektive øyeblikkene kan være spesielt vanskelig å oppnå nettopp på grunn av sykdom og at det har skjedd sammenbrudd i kommunikasjon.

Målsettingen for SMIL-prosjektet var å utvikle et landsomfattende forebyggende tilbud til barn som vokser opp i familier med psykiske lidelser eller rusmiddelmisbruk, i LMS-regi, det

vil si knyttet til lokalsykehusene (Ot.prp. nr. 84 2008-2009). Jeg har gjennom aksjonsforskningen i dette kapittelet vist at et tilbud som primært retter seg mot ungene, slik SMIL-arbeidet har vært, har liten forebyggende verdi. Det forebyggende arbeidet må starte allerede i et grundig foreldre- og familiearbeid, og dermed vil behovet for lærings- og mestringsgrupper, slik målsettingene beskriver, falle bort. Dette vil være i tråd med sosialkonstruksjonistisk forståelse og språkssystemisk tilnærming. Imidlertid vil det å drive aktivitetsgrupper, parallelt eller i etterkant, som en del av det forebyggende arbeidet, kunne være aktuelt (Skogøy 2009).

4.3 Andre aksjon

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for andre aksjon. Ønsket var å se nærmere på foreldre- og familiesamtaler, med utgangspunkt i erfaringene fra første aksjon. En målsetting med denne studien, var å finne frem til bedre måter å drive hjelpearbeid i kommunen. Jeg har så langt gjort meg de erfaringene at godt forebyggende arbeid, forutsetter grundig foreldre- og familiearbeid. Jeg vil presentere møtene med familien, beskrive refleksjoner underveis, og knytte det til litteratur.

Jeg har ikke sagt noe eksplisitt om dialogen som virkemiddel så langt i aksjonskapittelet. Jeg avsluttet forrige kapittel med å blant annet reflektere rundt vår profesjonelle handlingsiver, vår plass som hjelper og over hvor hjelpearbeidet begynner. Det Anderson (2003) sier om dialogen, passer godt med det Øvreeide (2001), Glistrup (2004), Nordenhof (2008) og Rohde og Eide (2009) alle sier om respekt for foreldrenes rolle som foreldre, viktigheten av å jobbe med tillitsforholdet mellom foreldre og hjelper, og at hjelper er åpen, ærlig og forutsigbar. Dialog er tillit. Med dette som utgangspunkt ønsker jeg å undersøke nærmere, gjennom aksjon og refleksjon, mine tre temaer; tillit, tillatelse og rett adressat, og igjen se nærmere på *å muliggjøre deltakelse*⁴⁶. Jeg utelater familiens historier, men fokuserer på temaene, og også i dette kapittelet vil hvert møte være små aksjonsforskningssirkler, innenfor den store som utgjør samtalerekken med familien.

⁴⁶ Kap. 1.5 Forskningsspørsmål

4.3.1 En samtale med en mor

Da vi hadde avviklet over halvparten av gruppesamlingene, ble jeg kontaktet av en dame. Hun hadde en sønn på elleve år, og faren hans, hennes fraskilte mann, hadde psykiske problemer og slet etter all sannsynlighet med rusproblemer. Hun opplevde sønnen som preget av dette. Hun hadde et ønske om at sønnen⁴⁷ kunne delta i gruppa. Fordi vi allerede var i gang, var det uaktuelt å gi gutten, som jeg kaller Petter, et tilbud. Jeg foreslo i stedet familiesamtaler, og vi avtalte å treffes.

4.3.2 Første møte med mor

Jeg ønsket at mor skulle fortelle mer om sine bekymringer, før vi drøftet veien videre. Hun fortalte om skilsmissen, og at de i årene etter har hatt et tett samarbeid i hverdagen. De bodde bare minutters gange fra hverandre. Hun beskrev hvordan hun opplevde fars perioder med angst og alkohol. Rykter gikk nå om at far var sett beruset på dagtid i byen. Hun fortalte at far gikk i behandling for angsten. Videre fortalte hun hvordan hun opplevde at Petter var preget av fars problemer, og at hun var bekymret for at han tok mye ansvar for faren. Vi ble enige om at det kunne være aktuelt med familiesamtaler, men hun måtte avklare med far at han synes det var ok å snakke med henne, Petter og meg, om hvordan hans problemer kunne påvirke familien (Nordenhof 2008). Avtalen var hun skulle ta kontakt når hun hadde snakket med far.

Refleksjon

Mor ville være en viktig del av familiesamtalene (Glistrup 2004, Nordenhof 2008). Petter bodde i all hovedsak hos mor, men i og med fysiske nærhet, var Petter ofte hos far. Øvreeide (2001) er opptatt av at barna har en tilgjengelig omsorgsperson, for å ta vare på dem underveis og etterpå. Siden jeg verken hadde truffet far eller Petter, og ikke hadde noen opplevelse av hvordan de tre fungerte sammen, var mors deltakelse ennå et teoretisk utgangspunkt for videre arbeid. I noen familier vil konfliktnivået etter skilsmisse være så høyt at det ikke er mulig med deltakelse av begge, men som sagt, i teorien ønsket jeg på dette tidspunktet å snakke med alle tre. Dersom far ikke ønsket dette, måtte jeg heller finne andre løsninger.

⁴⁷ Han var innenfor målgruppa til SMIL-gruppa (9-13 år).

4.3.3 Første møte med mor og far

Mor ringte meg og sa at far samtykket til familiesamtaler. Vi avtalte at de to skulle komme til meg, til en forsamtale, eller en ”foreldresamtale” som Nordenhof (2008:74) kaller det. Jeg ønsket i denne samtalen å bygge en *allianse* til foreldrene. Nordenhof beskriver alliansen som en forutsetning for at foreldrene skal få tillit til hjelper, og som hun beskriver som en forutsetning for at ungene skal få tillatelse til å snakke om det som er vanskelig. Uten denne risikerer vi at ungene av lojalitetshensyn til foreldrene ikke kan snakke om sykdom eller utfordringer i familien. Dette passet godt med de erfaringene jeg selv hadde gjort så lang i arbeidet, og jeg ønsket å undersøke det nærmere i fortsettelsen av studiet. Videre var det viktig å få et inntrykk av hvordan foreldrene snakket sammen om problemene, som også ville ha betydning for hvordan Petter kunne snakke (ibid, Glistrup 2004).

Innledningsvis snakket jeg om barns sårbarhet når foreldre er psykisk syke eller ruser seg, og hva slags strategier vi ofte ser hos disse barna. Så snakket jeg om viktigheten av at de begge deltok i samtaler, hvorfor dette kunne være godt for Petter (ibid). Far fortalte om angsten sin og at han gikk i behandling. Han ønsket ikke å snakke om rus. Han sa han ikke drakk så mye at det var et problem. Selv om mor hadde vært tydelig på sin bekymring i forhold til rus, valgte jeg å la temaet ligge. Nordenhof (2008) og Øvreide (2009) beskriver viktigheten av å gyldiggjøre foreldrene som de som har mest kunnskap om sine barn, så jeg ønsket å undersøke hva de synes det var ok å snakke med Petter om. Far mente det var viktig å snakke med Petter om at det ikke var hans skyld at far var syk og at det ikke var hans ansvar å passe på ham. Videre ble vi enige om at far kunne fortelle Petter hvordan angsten var, og at han hadde hatt denne lenge før Petter ble født.

Refleksjon

Dette hadde vært en god og åpen samtale, og far hadde vist stor omsorg for Petter i hans ønsker om å bidra til å gjøre livet hans lettere gjennom familiesamtaler og åpenhet, slik mange har dokumentert at foreldre er opptatte av sine barn (Glistrup 2004, Rohde og Eide 2009). Mor og far snakket så godt sammen om utfordringene og ønskene for Petter, at det ikke var vanskelig å inkludere Petter i en familiesamtale (Nordenhof 2008).

I følge Andersons (2003) og Shotters (2009 a) beskrivelser av dialogen, vil det være lite respektfullt å fortsette å snakke om fars mulige rusproblematikk.

But if a second person feels the first to be pursuing an agenda on his or her own, then not only will the second person feel ethically offended at the first's lack of respect for them, they will also feel atically offended at that persons' lack of respect for "their" joint endeavors (ibid:3).

Jeg var opptatt av å bygge en tillitsfull relasjon med ham, slik at det ble mulig å bringe Petter inn i samtalen. Når far ikke vil snakke om rus, er det heller ikke mulig for meg å snakke om det. Gjorde jeg det, ville det bli monologisk, og en bevegelse over i ekspertrollen (ibid, Skaftun 2002).

4.3.4 Første møte med mor og far og Petter

Mitt første møte med familien, skulle foregå hjemme hos far, men da jeg kom dit, var ikke Petter der. Mor hadde glemt at han skulle være med. Dette gjorde imidlertid at vi fikk mer tid til å snakke om hva vi skulle snakke med Petter om, og å sjekke ut med far en gang til at han var bekvem med temaene vi var blitt enige om.

Refleksjon

Nordenhof (2008) beskriver hvordan foreldrenes åpenhet i samtalen kan smitte over på ungene. Ofte er det å snakke om temaet på en slik måte vi gjorde, nytt for foreldrene også, og kan noen ganger bli en "mundfuld" (ibid:81) som trengs å snakkes om i mindre porsjoner. Jo mer far får øvet seg på å snakke om dette, jo lettere vil det være å snakke med Petter tilstede. Det å snakke med bare foreldrene en gang til, kunne bidra til å øke far sin tillit til meg til vi skulle møte Petter sammen. Dette ville igjen kunne bidra til at Petter opplevde i møte at han hadde tillatelse fra far til å snakke, dersom han opplevde at far kunne snakke åpent om vanskelighetene med meg. Risikoen for at Petter kom i en lojalitetskonflikt ble mindre, fordi temaene var åpnet av hans relevante voksne (Øvreeide 2001) og tabu var brutt (ibid, Glistrup 2004, Øvreeide 2009).

4.3.5 Nytt første møte med Petter og foreldrene

Møtet fant sted på Familiesenteret. Petter var en liten, mørkhåret gutt med klare blå øyne. Han så rett på meg da vi tok hverandre i hånda og presenterte oss for hverandre. Vi plasserte oss i sofagruppa; mor og far på hver sin kortende, og Petter og jeg rett ovenfor hverandre på hver vår langside av bordet. Han i en stol, og jeg i sofaen. Slik satt vi hver gang vi møttes på

Familiesenteret. Petter så ofte rett på meg i disse møtene; jeg oppfattet at han var nysgjerrig på hvor og hvordan veien stadig førte oss videre.

Siden dette var første gang jeg snakket med Petter, fortalte jeg litt om meg selv og jobben. Jeg ønsket å ”gi meg til kjenne” som Glistrup (2004:98) beskriver. Så fortalte jeg om den første telefonen fra moren, og om samtaleene jeg og foreldrene hadde hatt så langt. Det var viktig for meg å være åpen i møte med Petter, og informere ham om veien hit, når alle var tilstede. Så innledet jeg om tema for møtet, slik vi var blitt enige om på forhånd, og informerte om rammene (Nordenhof 2008). Mange unger setter pris på å høre hvordan andre unger kan oppleve og tenke om ting. Glistrup (2004), Bratli (2008) og Nordenhof (2008) beskriver dette som behov for å normalisere følelser og opplevelser. Jeg fortalte Petter om barns mulige tanker og opplevelser rundt foreldres problemer. Så snakket mor om sine bekymringer for Petter. Etter dette snakket far til Petter om at det ikke var hans skyld at han var lei seg og redd nesten hele tiden, og at det ikke var Petter sitt ansvar å trøste far. Far begynte å gråte når han snakket, og Petter spratt opp fra stolen og satt seg ved siden av far, med armen rundt ham. Når far ikke gråt lenger, satt Petter seg tilbake i sin egen stol.

Jeg fortalte litt mer om mange barns naturlige reaksjoner på foreldres sykdom/utfordringer: Opplevelse av skyld for den voksnes sykdom, skamfølelse og ofte ensomhet, redsel for selv å bli syk, og hvordan mange barn tar ansvar for den voksne. Petter fulgte med, han så på meg og han så på foreldrene. Da Petter etter hvert ble motorisk urolig, foreslo jeg å avslutte samtalen. Det hadde liten verdi å fortsette å snakke sammen når Petter ikke lenger hadde sin oppmerksomhet rettet mot samtalen (Nordenhof 2008).

Refleksjon

Dette møtet hadde blitt slik jeg hadde ønsket det skulle bli. Far snakket med Petter om vanskelighetene sine, Petter lyttet åpenbart til far, og Petter hadde ikke vært redd for å vise at han trøstet far. På spørsmål, hadde Petter svart at han ønsket at vi skulle møtes igjen. Jeg hadde fått en allianse til far som gjorde at han hadde tillit til å bryte tabu og snakke om vanskelighetene med Petter. Petter hadde opplevd situasjonen så trygg at han spontant hadde flyttet på seg for å trøste far, og dermed viste oss at han hadde tatt rollen som den lille voksne og passet på far.

Utifra erfaringer og tanken om at jeg vanskelig kan planlegge en samtale alene, ville jeg møte familien neste gang med åpenhet for hva de var opptatt av, og det er dette som setter dagsorden for våre møter. En samtale i denne sammenheng er en dialog, og en dialog skjer mellom mennesker (Shotter og Katz 2008). En planlagt samtale vil preges av at hjelperen venter på en anledning ”til å komme med en allerede teoretisk forutbestemt intervensjon, en fortolkning, eller en forklaring” (ibid:36) , som vil være et monologisk utgangspunkt for møtet.

4.3.6 Mor har fått kjæreste, og mor og Petter skal flytte

Fordi familien selv hadde avlyst en avtale, var det gått en tid før de kom tilbake til Familiesenteret. Mor hadde i forkant på telefonen fortalt at far hadde fått tilbud om opphold ved en behandlingsinstitusjon. Da de kom, var både far og Petter stille. Mor fortalte at det har oppstått en ny situasjon, hun hadde truffet en mann for en stund siden, og nå skulle hun og Petter flytte til ham. Da hun videre fortalte at dette var tungt for far, begynte han å gråte. Som sist da far gråt, spratt Petter opp av stolen og satt seg ved siden av far, med armen trøstende rundt skuldrene hans. Far ble ordløs når han gråt, det ble bare bevegelser med munnen, ingen lyd.

Far snakket etter hvert om hvordan ingenting hadde mening lenger, og at et behandlingsopphold virket meningsløst. Han gråt så han ikke kunne snakke, og Petter trøstet og sa at alt skulle bli bra. Petter sendt stadige sinte blikk på moren. Mor og jeg snakket om mors glede og fars sorg, og hvordan Petter kanskje opplevde lojalitetsutfordringer. Petter bekreftet at han vart sint på mor, og ga uttrykk for at det var hennes skyld at far var ennå tristere, og at det var hennes skyld at han kanskje ikke ville ta i mot hjelp. Far brakte på bane Petters nært forestående bursdag. Nå var det umulig for ham å komme hjem til mors hus siden han risikerte å treffe den nye mannen der. Petter trøstet igjen, og sa at de nok skulle finne ut av det med bursdagen. Videre, mens han delvis gråt, snakket far om hvor lite alt betydde. Denne samtalen ga åpning for å snakke om fars alkoholbruk. Mor fortalte at hun var redd for at far drakk mer. Jeg spurte far om dette stemte, noe han bekreftet. Jeg benyttet anledningen til å spørre om fars mulige rusmisbruk, til tross for at han hadde vegret seg tidligere. Jeg opplevde at familien og jeg befant oss i en tillitsfull relasjon, jeg opplevde likeverdighet og respekt i dialogen, og i dette øyeblikket, som John Shotter refererer til som ”a shared moment” (2009 a:3) fant jeg rom for å bringe inn noe nytt, i grensesonen mellom

det stabile og det ustabile (Shotter 1993). Innimellom gråt far så han ga seg helt over og la seg inntil Petter.

Jeg tok opp temaet innleggelse igjen fordi jeg var bekymret for at den ikke skulle bli noe av. Jeg tok opp tema om hvordan Petter tok ansvar for faren sin, og hvordan dette hadde blitt tydelig igjen i samtalen; hvordan Petter trøstet faren sin, hvordan Petter kom i en lojalitetskonflikt mellom foreldrene, og hvordan Petter lovet faren, og dermed tok på seg et ansvaret for, at ”alt skulle bli bra”. Videre snakket jeg om at for at barn skal slippe dette ansvaret, må de vite at det er noen andre som tar over, og at disse er kompetente (Glistrup 2004, Øvreeide 2009). Nordenhof sier ”I familier med alkohol- eller stofmisbruk har barnene først og fremmest brug for hjælp til at få forældrene til at stoppe misbruget” (2008:19), og de trenger hjelp til å snakke om forholdene hjemme (ibid). Petter har lenge tatt ansvar for faren sin, og denne innleggelsen ville ha flere hensikter. Den ville kunne gi Petter en pause fra jobben som den lille voksne, kanskje ville faren få hjelp til å slutte å drikke, og kanskje også faren ville få hjelp til å håndtere angsten på en bedre måte.

På spørsmål om hva som var Petter sitt håp for innleggelsen, svarte han at han ville at faren skulle få det så godt at han kunne være med på fisketurer igjen, kunne delta i Petter sine fritidsaktiviteter, som å stå på sidelinja på trening og kamper, og at han skulle slutte å drikke. Petter begynte å bli motorisk urolig igjen. Vi hadde snakket lenge, og jeg foreslo å avslutte samtalen.

Refleksjon

Temaene som ble brakt frem i samtalen, førte ofte til at far begynte å gråte, og at jeg ofte fikk spontane behov for å ”beskytte” Petter. Glistrup (2004) sier det kreves mot for å engasjere seg i familiens tunge følelser, og at hjelperen ofte må gi avkall på ønsket om å få familien til å føle seg bedre. Far begynte lett og ofte å gråte, og når han gråt, ble han som beskrevet, ordløs. Alt dette hadde sannsynligvis Petter opplevd mye av, og det hadde ikke noen hensikt å bryte inn eller forandre, eller bli ”redd” for at jeg skulle utløse noe. Petter var god til å trøste far. Kanskje kunne min tilstedeværelse allikevel bidra til lindring og håp om forbedring. Dersom jeg allikevel hadde gitt etter for behovet for å redde Petter ut av vanskelige situasjoner, kunne jeg risikere å rykke ved alliansen og tilliten mellom far og meg. Da ville Petter miste sin tillatelse til å delta i samtaler.

Jeg foreslo at vi skulle snakke mer om dette temaet neste møtet. Til tross for at jeg sjelden planlegger neste samtale, var jeg fortsatt bekymret for at far skulle ”gi opp”, og ønsket at temaet skulle ”henge” mellom oss til neste gang.

4.3.7 Når Petter viser frem melding fra far, og jeg ber om tillatelse

Samtalene foregikk på Familiesenteret i en sofagruppe, med faste plasser, og Petter var aktiv underveis. Han satt ofte fremme på stolen, så fra den ene til den andre etter hvem som snakket, beveget seg over til far når han gråt, satt med armen rundt ham, trøstet ham, satt seg tilbake. Petter var direkte i sin bruk av blikket, og så meg ofte rett i øynene når jeg snakket, og han hadde levende ansiktsmimikk. Han reagerte på det som skjedde med følelser som tristhet, irritasjon, lettelse, samtidig som han også smilte mye når dette var naturlig. Han sjekket ut med foreldrene hele veien, om det var ok det han sa og gjorde. En gang han gjorde et av sine mange umiddelbare små sprell, måtte jeg, fordi det nærmest boblet i meg, spontant si til ham; ”Petter, du er lett å like”. Han smilte. Gjennom alt dette, opplevde jeg at det var trygt for Petter å være i disse møtene. Petter viste at han opplevde tillit, og vi hadde akkurat delt et *øyeblikk med felles referanser* (Shotter og Katz 2008). ”Disse øyeblikkene av å være i harmoni, disse øyeblikkene av å bevege seg sammen vil vi hevde er avgjørende for å fornemme at ordene våre er av betydning for dem, og hva denne betydningen er” (ibid:38).

Familien kom som avtalt til den tredje familiesamtalen. Mor fortalte at Petter var blidere og lettere å be og å snakke med. Han var ikke så sint lenger. Jeg spurte Petter hvordan han synes det gikk. Han fortalte at han i en prat med faren hadde ”trukket feil kort”, og at faren hadde blitt ennå tristere. På spørsmål om han kunne utdype dette, fortalte Petter at han skulle fortelle faren noe han tenkte ville være godt å høre, men i stedet hadde faren blitt ennå tristere. Petter forklarte denne for ham opplevde mislykkede trøsten med ”å ha trukket feil kort”. Historien bekreftet i følge Petter selv, at han i stor grad var ansvarlig for hvordan faren hadde det. Denne fortellingen understøttet tanken om Petters hverdagslige måte å snakke om og med faren på, at han har tatt på seg den ansvarlige rollen ovenfor faren, å trøste og å passe på ham. Han var den lille voksne.

Vi hadde snakket om hvordan Petter forsikret seg gjennom bruk av sms, at faren hadde det bra, ikke var full eller skadet seg på noen måte, da Petter så bort på faren og nesten umerkelig løftet mobiltelefonen opp mot ham. Med denne lille bevegelsen spurte han om han kunne få

lov til å vise frem noe. Far nikket bekreftende til Petter, som begynte å ”håndtere” telefonen, holdt den først frem for far som leste og nikket, så viste han meldingen til meg. Det var en melding der far hadde fortalt Petter at han var lei seg og alene. De fortalte at dette var svar på en melding Petter hadde sendt. Dette var et øyeblikk preget av stor grad av tillit. Petters erfaring med møtene våre var slik at han nå kunne be far om tillatelse til å vise meg en melding som far hadde sendt ham, og hvis innhold var tematisert flere ganger tidligere; Petters ansvar for far. Både far og Petter viste ved dette at de hadde tillit til meg (Glistrup 2004, Nordenhof 2008).

Vi snakket om fars forestående innleggelse. Han bekreftet at han var klar for å gjennomføre den. Vi snakket om at nå skulle far få profesjonell hjelp, og at Petter kunne være bare gutt en stund, for de menneskene som jobbet på behandlingsinstitusjonen, kunne jobben sin (Glistrup 2004). Det er vanskelig for mange barn å gi slipp på oppgaven de har tatt på seg hvis de ikke er trygge på de andres kompetanse og ønske om å hjelpe den voksne. Jeg ønsket å ta initiativ til et møte med bare Petter, mens far var innlagt. Fordi det var langt og dyrt å reise til behandlingsinstitusjonen, var det ikke aktuelt for Petter å reise på besøk, selv om dette kunne vært ønskelig (ibid, Nordenhof 2009). Petter syns det var ok at han og jeg møttes alene. Fordi tillatelse for ungene til å snakke med andre har vært sentralt tema i oppgaven, var det også viktig å sjekke dette ut da jeg ønsket at Petter og jeg skulle snakke sammen alene. Det ble viktig at Petter oppfattet at spesielt faren syns det var ok at vi snakket sammen når han selv ikke var til stedet, og det var viktig å sjekke ut om temaene jeg ønsket å snakke om, var ok for far. Følgende var temaer det ville være aktuelt for Petter og meg å snakke om: Fars tristhet, angst og selvmordstanker, Petters skyld- og skamfølelse, mors nye kjæreste, forestående flytting og lojalitetsspørsmål, og Petters voksenrolle. Det var ikke aktuelt å snakke om alt, men fordi jeg ikke kunne vite hva Petter ville være opptatt av, ble det viktig å være forberedt på alt vi hadde snakket om tidligere. Både mor og far samtykket til temaene og ga tillatelse, og jeg forsikret underveis at Petter lyttet til samtalen og at han forsto at foreldrene ga både ham og meg denne tillatelsen.

Refleksjon

Jeg begynte å kjenne en uro knyttet til tanken om at far fant trøst hos Petter, men valgte å la det ligge.

4.3.8 Blir Petter fotløs eller er jeg en dårlig terapeut

Så kom dagen da jeg skulle snakke med Petter alene, og far hadde vært innlagt i et par uker. Petter skulle komme til Familiesenteret, og jeg hadde gledet meg til samtalen. Mest av alt var forventningene mine store, fordi jeg hadde planlagt og forberedt samtalen, ved å ”berede grunnen” for oss begge. Jeg hadde i forbindelse med studiet tenkt mye på, diskutert mye, og lest og studert temaene *tillatelse* og *tillit* for å muliggjøre for barn å snakke om sine livssituasjoner.

Jeg møtte Petter ute i gangen, både for å komme ham i møte og fordi vi skulle være på et annet rom enn vi hadde vært tidligere. Vi gikk inn på samtalerommet og jeg følte meg glad. Jeg småsnakket med Petter, men han svarte lite på dét. Han satt med ytterjakken på og fiklet med korken på colaflasken han hadde i fanget. Jeg kjente en uro over en situasjon jeg ikke var forberedt på. Dette var en uro jeg hadde kjent tidligere, erfaringer som ikke falt på plass i de forventede kategoriene, som ikke svarte til forventningene (Halvorsen 2010). Hver gang jeg spurte Petter om noe, mumlet han til svar, så ned eller et annet sted, fiklet med flaskekorken. Det var som om alt jeg sa falt til stengrunn. Det utviklet seg etter hvert til en umulig samtale. Ting jeg sa eller spurte om, virket helt uinteressant for Petter. Temaer han tidligere hadde virket interessert i og deltatt i, ga ingen gjenklang. Han hadde heller ingenting å formidle til meg. De gangene vi hadde snakket sammen hele familien, hadde han virket nysgjerrig og interessert. Han hadde lyttet aktivt, ved å se på den som til enhver tid snakket, han hadde stilt oppklarende spørsmål, og virket tilstedeværende.

Jeg følte meg stadig mer hjelpsløs, dum og forvirret. Det som til og begynne med hadde vært et møte med gutten jeg hadde gledet meg til, hadde nå utviklet seg til en umulig situasjon. Petter satt og vred seg i stolen, og jeg tenkte at det eneste han ville, var å gå derfra. Han virket ubekvem i situasjonen, og ble stadig mer opptatt med flasken og den røde korken. Jeg slet med å finne noe å snakke om. Jeg foreslo at vi skulle avslutte samtalen (Nordenhof 2008). Han samtykket umiddelbart, og reiste seg. Jeg sa jeg skulle ta kontakt med både ham og moren når det nærmet seg fars utskrivning. Han gikk lett ut, og smilte da han sa ”ha det”.

Refleksjon

Etter samtalen måtte jeg dele mine opplevelser med en kollega. Jeg fortalte hvordan jeg opplevde at Petter og jeg ikke hadde noe å snakke om når ikke foreldrene var til stede. Det

var ingen tema eller spørsmål som hadde gitt gjenklang hos ham. Han hadde ingenting å formidle til meg. Jeg var bare en tilfeldig forbipasserende i hans liv. Uten at foreldrene hørte på, anerkjente og tok del, hadde det liten hensikt for Petter å snakke. Nærværet av hans rette adressat, tilknytningspersoner (Killén 2007) eller relevante voksne (Øvreeide 2001) var mer betydningsfullt enn jeg var forberedt på. Jeg var i ferd med å forstå noe mer eller noe annet (Halvorsen 2010). Som alternativ forståelse, eller i tillegg til, kunne det også være slik som Nordenhof (2008) sier, at barn har behov for å vite at foreldrene er i trygghet der de er, for å kunne rette fokus mot seg selv. Ikke hadde han truffet faren etter innleggelsen, og ikke hadde han snakket med noen av de som skulle ta ansvaret for og passe på faren. Han kunne umulig være trygg for faren sin.

Det er vanskelig å si noe om hvorvidt tillatelsen i denne sammenheng hadde noen betydning. Spørsmålet om rett adressat var mer betydningsfullt, og dermed hadde spørsmålet om foreldrenes tillatelse nå liten eller ingen relevans for Petter. Til tross for tillatelsen fra foreldrene, strevde han med lojalitetskonflikter og ambivalente følelser i forhold til far (Glistrup 2004). Jeg sto i fare for å forsterke skyld- og skamfølelser hos Petter.

Det at jeg avsluttet samtalen med Petter og foreslo at vi skulle treffes igjen etter farens utskrivelse, handlet om at han ikke én gang til skulle utsettes for denne umulig situasjonen, uavhengig av hva som var årsak. Med all mulig tydelighet hadde han vist at dette hadde blitt for vanskelig. "What seems to be important is to learn what I shall not do again" (Tom Andersen i Shotter 2007:15). Den neste samtalen vi skulle ha, måtte bli med hans relevante voksne tilstede.

4.3.9 En fortvilet telefon fra mor

Mor ringte noen uker senere og fortalte at far var kommet tilbake etter behandlingsoppholdet, og hadde "falt tilbake". Petter hadde truffet ham full i byen, med en flaske sprit. Far hadde duppet av, og Petter hadde tatt fra ham flasken. Mor oppfattet at Petter var veldig lei seg, skuffet og skamfull, og spurte om vi kunne ha en samtale med Petter. Hun ba om at den måtte være uten far. Denne gangen kunne Petter trenge et møte uten ham (Nordenhof 2008). Det kunne hjelpe ham å rydde i følelsene rundt faren, og moren hadde i alle møter tidligere vist seg å være en relevante voksen og tilgjengelig omsorgsperson som sørget for Petters trygghet i hverdagen (Øvreeide 2001).

Mor og Petter kom til mitt kontor som avtalt, og jeg fortalte Petter hva jeg visste om situasjonen. Petter sa ikke mye før mor sa at han ikke kunne fortsette å ta ansvar for og passe på far. Da ble Petter sint og sa at det måtte hun forstå, at han kunne ikke gjøre annet. Det var ingen andre som passet på ham (Glistrup 2004). Jeg kom på en idé og spurte om Petter kunne tenke seg å treffe behandleren til faren. Da kunne han få treffe han som var ansvarlig for behandlingen, og se hvor faren var når han fikk behandling. Dette kunne bidra til å synliggjøre at andre også tok ansvar for han (ibid), og at det kunne lette ansvaret til Petter. Det ønsket Petter. Jeg ville avklare med far om han syns det var ok, og så ta kontakt med behandler. Jeg ønsket at både mor og far skulle være med på dette møtet, samt jeg som initiativtaker.

Refleksjon

Det var ikke vanskelig å foreslå dette for Petter, da tidligere erfaringer med far viste at han tok åpent i mot de forslag jeg kom med, og jeg hadde håp om at han også denne gangen ville gjøre det. I og med Petters klare utsagn om at det var ingen som passet på faren hans, andre enn ham selv, ble det viktig å prioritere et slik møte.

4.3.10 Hos fars behandler

Vi møttes som avtalt hos fars behandler. Far hadde sagt på telefonen før møtet at han var redd han skulle bli lei seg. Jeg sa at det ikke gjorde noe, for det hadde han blitt før, og det var ikke nytt for Petter. Det kunne også være nyttig for behandleren å oppleve hvordan hans forhold til Petter påvirket ham, og motsatt (Glistrup 2004).

Jeg innledet med egne tanker om hvorfor jeg hadde foreslått møtet. Behandleren forklarte om behandlingen, og om en behandlingskontrakt de arbeidet med. Denne beskrev det arbeidet de sammen skulle gjøre. Petter sa lite. På et tidspunkt lo han, og på spørsmål om hva han lo av, sa han at han tenkte på læreren sin som var så rar. Følelsesmessig var det tydelig vanskelig for Petter å være tilstede. Det var viktig å være konkret med informasjon og snakke om det som var kjent for Petter, temaer vi hadde snakket om tidligere. Jeg grep fatt i to temaer behandleren hadde snakket om i forhold til behandlingskontrakten, og sa at dette var temaer jeg visste Petter var opptatt av, som han hadde snakket om tidligere og som bekymret Petter. Da begynte Petter å gråte. Far gråt flere ganger under møtet, og mor og far hadde noen skarpe

meningsutvekslinger. Når far gråt, ble han igjen ordløs. Petter gikk ikke denne gangen bort til faren og trøstet ham, men rakk ham hånden over bordet. Faren tok i mot. Avslutningsvis spurte jeg om Petter kunne tenke seg at vi møttes igjen. Til det svarte han umiddelbart at han ville møtes her hos behandleren. Han smilte da han sa det, virket fornøyd. Avtalen ble at jeg skulle ta ny kontakt med behandler og finne et tidspunkt.

Refleksjon

Det ble viktig å ikke gjøre Petter til en del av behandlingsteamet til faren. Dette måtte ikke bli en arena hvor han kunne passe på og følge med at faren fikk hjelp. Glistrup beskriver hvordan noen barn tar på seg behandleransvaret for foreldrene (2004), og dersom vi ikke var oppmerksomme, ville vi kunne gjøre Petter delansvarlig i behandlingen. Jeg sendte en mail til behandleren og sa det var viktig at far og han gjennomførte et antall avtalte behandlingstimer før vi skulle ha neste møte. Det ble viktig å vise Petter at behandlingene foregikk mellom møtene våre, og ikke som en del av møtene våre.

4.3.11 Å avslutte en aksjon

En gruppe, slik som SMIL, har ofte en begynnelse og en slutt. Det er ikke nødvendigvis tilfelle ved familiesamtaler. Jeg valgte å avslutte andre aksjon etter dette møtet, av hensyn til tid og omfang.

4.4 Refleksjoner etter aksjonsforskningen

Jeg avsluttet første aksjon med blant annet refleksjoner rundt hjelpearbeidets begynnelse. I SMIL-arbeidet startet det med rekruttering og familiesamtaler, men vekten av arbeidet var lagt til gruppegjennomføringen. Rohde og Eide (2009) ser på Helsedirektoratets veileder IS-1570 (2008) og dennes rekkefølge i forhold til perspektiver, som en prioritetsrekkefølge. Også SMIL-prosjektets målsettinger i rekkefølge, preget prosjektets prioriteringer og fokus. Gjennom kapittel 4.2 har jeg forsøkt å beskrive hvordan vi i prosjektet ikke greide å nå målsettingene om å bidra til å forebygge/reducere psykiske helseproblem hos ungene. Jeg har gjennom min studie vist at for å kunne muliggjøre barns deltakelse i hjelpearbeid, innenfor en sosialkonstruksjonistisk forståelse og språkssystemisk tilnærming, må hjelpearbeidet begynne i dialog med foreldrene. Det er i denne at deltakelse muliggjøres for barna. Gjennom *Andre aksjon*, har jeg forsøkt å vise hvordan jeg innenfor den samme forståelsen kunne legge til rette

for dialog med foreldrene, på en sann måte at Petter kunne delta i hjelpearbeidet, slik at forebygging av psykiske helseproblem ble mulig.

Aksjonsforskning har ingen endelige svar eller konklusjoner. Den er stadig nye oppdagelser og kunnskap. Jeg startet min forskning med en uro jeg ikke forsto. Dersom jeg hadde forstått min uro den gangen jeg jobbet med Cu2-gruppa, ville jeg nok ikke ha deltatt i prosjektarbeidet knyttet til SMIL-grupper. Hvis jeg tenkte det jeg tenker nå, ville jeg ha tenkt at å drive lærings- og mestringsgrupper for barn, er mer av den tenkningen som preger individualterapeutisk arbeid med barn, innenfor en naturvitenskapelig, modernistisk tradisjon. Til tross for intensjoner og målsettinger om fellesskap og familiefokus, fremstår grupper for barn av psykisk syke som en monologisk tilnærming. Både fordi barnet tas ut av den sammenhengen de hører til, men også fordi det i arbeidet legges opp til forhåndsbestemte aktiviteter og temaer.

Thus, if it is the case that (in at least some of their aspects) all our activities are to an extent "shaped" by our body's ineradicable responsiveness to the unique character of their surrounding context, then any inquiry into their nature that fails to take account of this – any inquiry that is driven by "ready-made" textbook-methods, say, or any "interviews" conducted in accord with pre-established "schedules" – will inevitably miss important aspects of our activities (Shotter 2009 a:2).

Skogøy (2009) sier at vi på denne måten tilbyr å redde ungene ut av noe, og signaliserer til foreldrene at vi ikke tenker om dem som gode nok. Vi tilbyr ungene aktiviteter og muligheter for mestring i en kort periode, og overlater dem til foreldrene uten at det har skjedd noen endring. Øvreeide (2001) sier vi må erkjenne den begrensede rollen vi har i familiene.

Selv om jeg har beskrevet SMIL-arbeidet som lite i tråd med sosialkonstruksjonistisk forståelse og språkssystemisk tilnærming, har en av de viktige faktorene som begrenset oss i mulighet til å gjøre et bedre arbeid, vært tidsfaktoren. I prosjektbeskrivelsen (Bratli 2008), og litteratur knyttet til denne, påpekes det flere ganger at forarbeidet med foreldrene også må vektlegges. Dette kan bety at krav til tid og gjennomføring av prosjektet var såpass bestemmende for de avgjørelser vi til enhver tid måtte ta, at det ved flere anledninger gikk på bekostning av faglige hensyn og vurderinger. Men dersom jeg tar hensyn til dette, og forutsetter at kunnskap og mot var tilstede hos voksenbehandleren, tid til tilstrekkelige foreldresamtaler med gruppeleder før familiesamtalen, vil mitt ståsted i dag allikevel være at det er i dialogen i og med familien hjelpearbeidet skjer. Det er mellom foreldre og barn kommunikasjon skal opprettes eller gjenopprettes, det er her tabu skal brytes, det er av

foreldre barn trenger å bli anerkjent og oppleve omsorg. Å oppleve mestring er viktig for barn på to plan. De trenger å få anerkjennelse og bli veiledet i sine forsøk på mestring av relevante voksne i nærmeste utviklingssone, som forutsetning for å kunne utvikles (Øvreeide 2001). Videre trenger de å oppleve mestring i sosiale sammenhenger (Glistrup 2004). Mestring er nødvendig for barns selvtillit, det bidrar til å skape og etablere egen identitet, det gir motstandskraft og det forebygger sykdom (Gjærum, Grøholt og Sommerschild 1999, Øvreeide 2001, Glistrup 2004).

Det som kan være aktuelt og et supplement til familiesamtalen, er aktivitetsgrupper. En del barn av psykisk syke går glipp av mange muligheter og utfordringer på grunn av foreldrenes begrensninger (Skogøy 2009). Gjennom å tilby ungene aktiviteter de ellers kanskje ikke har mulighet til å delta i, kan vi bidra til mestringsopplevelser på sosiale arenaer. Men dette må komme som et tillegg til hjelpearbeidet i familien, og kanskje som et tilbud til hele familier.

Kap. 5 Veien videre.

Gjennom aksjonsforskningen har jeg underveis undersøkt og reflektert over forskningsspørsmålene mine. I dette kapittelet vil jeg forsøke å redegjøre for hvordan disse spørsmålene kan være utgangspunkt for veien videre.

5.1 Praksisfeltet

Hvordan kan det jeg har jobbet med i snart to år komme praksisfeltet, våre klienter og mine kolleger til gode? Madsen (i Tiller 2004) sier at i aksjonsforskningen kan man ikke lage en detaljert plan for arbeidet. Kunnskap blir konstruert underveis (Husøy 2005), og som aksjonsforsker kan man bare vite hvor man er, og ikke hvor man skal. Da jeg startet arbeidet, var et av forskningsspørsmålene mine knyttet til arbeidet ved Familiesenteret. Gjennom studiet har jeg erfart at aksjonsforskningen tar den veien den tar. Det har blitt stadig mer tydelig at studien i like stor grad er aktuell for Avdeling for psykisk helsearbeid. Det er her kommunen gir bistand til mennesker med psykiske lidelser. Vi forholder oss først og fremst til enkeltindivider, men mange av våre klienter har barn som de enten har omsorgen for, eller delt omsorg. I november 2009 gjorde vi en kartlegging ved avdelingens *Seksjon for hjemmetjenester* (tidligere Psykiatrisk hjemmetjeneste), og bare der hadde ca. 70 barn foreldre som mottok tjenester. I tillegg kommer barn av de som mottar konsulentbistand, og de som deltar i dag- og arbeidstilbud. Totalt vil antall barn ligge på godt over 100. Det er vi som jobber med foreldrene, og det er vi som kan fange opp de presumptivt friske barna, før sykdomsutvikling.

Aksjonsforskning forutsetter at man bringer tilbake ny kunnskap til praksisfeltet (Risberg 2009), så utfordringen bli nå å beskrive en måte å gjøre det på. Det er ingen grunn til å tenke at vi verken ligger foran eller bak resten av landet i utfordringer i forhold til dette arbeidet (Aamodt og Aamodt 2005).

Til tross for at det er ti år siden noen av oss i kommunen deltok i etterutdanningen ”Når mor eller far er psykisk syk...” har det ikke skjedd mange endringer på administrativt eller organisatorisk plan i kommunen. Selv om Familiesenteret er etablert de senere årene, er det ingen samarbeidsstrukturer mellom det og de som jobber med voksne med psykiske lidelser. Det er fortsatt slik at mye av arbeidet er knyttet til ildsjeler og de som ønsker å jobbe spesielt med det, slik blant annet Glistrup (2004), Aamodt og Aamodt (2005) og Rohde og Eide (2009) beskriver. For å imøtekomme nye lover og krav også til kommunene, har denne

studien vært nyttig med tanke på økt kunnskap, økt fokus og nye muligheter for implementering i kommunen, i samarbeid med ledelsen. Forskning viser at dersom man skal lykkes i det arbeidet, må det forankres i ledelse (Aamodt og Aamodt 2005, RBUP Nord 2010).

5.2 Hvordan nærme oss dette arbeidet

Gjennom studien har jeg vist at unger trenger tillatelse fra sine relevante voksne for å kunne delta og ta i mot hjelp. For at de skal få denne tillatelsen, må de voksne ha tillit til oss som hjelpere, og denne tilliten kan oppnås ved at vi legger til rette for dialogen. Jeg beskrev tidligere dialogen som én mulig forutsetning for barns utvikling i et forebyggende perspektiv der foreldre er psykisk syke. Dette innebærer at hjelpearbeidet begynner med dialogen mellom foreldrene og oss som hjelpere.

Noen forutsetninger for at barna ikke selv skal utvikle egne symptomer eller sykdom, er at de opplever mestring i livet sammen med sine relevante voksne, at de får kunnskap og informasjon om foreldrenes sykdom, at tabu brytes sammen med foreldrene, og at de opplever mestring i sosiale sammenhenger. Dette bidrar til økt motstandskraft og redusert sårbarhet. I en del familier der en voksen har en psykisk lidelse, bryter kommunikasjonen sammen, og viktige foreldrefunksjoner, som evne til empati, evne til å se barnets omsorgsbehov og evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring, utfordres (Øvreeide 2001, Glistrup 2004, Killén 2007, Rohde og Eide 2009).

Barns utvikling, identitet og helse er i følge Øvreeide (2001) avhengig av at de samskaper virkeligheten med sine relevante voksne. Lundby (2003) sier at det er gjennom pågående samtaler vi utvikler vår identitet, og Vedeler (2004) sier at vi lever i og forstår verden gjennom dialogen. Hvis det er slik, da må vår oppgave være å legge til rette for at kommunikasjon i disse familiene kan komme opp å gå igjen, slik at utvikling kan skje gjennom intersubjektive øyeblikk (Øvreeide 2001) eller shared moments (Shotter 2009 a).

Dersom vi skal kunne bidra i et forebyggende arbeid i disse familiene, må vi legge til rette for at foreldrene skal kunne stole på oss, og en opplevelse av at vi sammen med dem ønsker å hjelpe ungene. Det som gjør det mulig for foreldre å delta i dialogen, er i følge Shotter (2009 b) en opplevelse av at vi er orientert mot det samme, i et delt øyeblikk ("...to be oriented to

the same things in a shared situation..” ibid:31). Vi må anerkjenne foreldrene i deres foreldrerolle, og hvordan det er å være dem i deres verden. Slik det er viktig for barn med anerkjennelse fra sine foreldre, er det viktig for foreldrene å oppleve anerkjennelse fra oss. Dersom denne er fraværende, risikerer vi å miste muligheten til å hjelpe.

...if there is a lack of a jointly shared reality, then it is quite easy for us to feel unheard, or unable to express ourselves. Is there something wrong with us, or, perhaps, with our world (Shotter 2009 a:12).

Gjennom å etablere dialogen med foreldrene, legger dette til rette for dialogen mellom foreldre, barn og hjelper, fordi dialog er tillit. Slik kan vi vise foreldrene hvordan de kan bruke dialogen som et verktøy de kan ta med seg videre i livet (Shotter 1993).

I arbeidet er det viktig med kompetanse på flere områder. Vi må ha kunnskap om psykiske lidelser, vi må ha kunnskap om barns utvikling og sårbarhet, og vi må ha kunnskap om samtalen eller dialogen (Øvreeide 2001, Glistrup 2004). I kommunen har vi kompetanse på alle områder, men mangler systematisert samarbeid. Avdeling for psykisk helsearbeid har pr. i dag registrert totalt ca 300 klienter som mottar tjenester fra alle seksjoner, og vi har høy kompetanse på psykiske lidelser. Tilsvarende vil gjelde for Sosialkontorets *rustjeneste*. Ved Familiesenteret er det høy kompetanse på barns utvikling og sårbarhet, samtidig som arbeidsmetoden er *familiesamtalen*. Det er ikke nødvendigvis et mål at alle skal tilbys familiesamtaler. Rundskriv til Lov om helsepersonell m.v. (2010) beskriver nærmere hva vi som jobber med de voksne er pliktige til å etterspørre rundt barnas omsorgssituasjon. Et mål med det videre arbeidet må være at vi hver gang stiller disse spørsmålene, og at vi i et samarbeid med andre, gir et tilbud til de familiene som trenger det.

Vedlagt ligger et forslag til en skisse for det videre arbeidet, i et treårsperspektiv⁴⁸. Den er utarbeidet i samarbeid med leder for Familiesenteret. Gjennom deltakelse med kolleger, er en målsetting å bidra til så stor grad av trygghet i arbeidet, at de også løser utfordringer alene sammen med sine familier.

I denne rollen må du vise vei for andre ved å dokumentere på en konkret måte at de nye tankene nytter i praksis. Du er teknikeren som skrur og ordner for at de andre i systemet skal se og forstå det som ikke er mulig å få frem gjennom ord og språklig argumentasjon. Vi kan kalle den rollen veiviseren. Som aksjonsforsker viser du veien, men målet er at det er de andre som skal gå den.” (Tiller 1999:68)

⁴⁸ Vedlegg nr 5

5.3 Hvordan ble så dette for meg

Ole Brumm gikk ut på jakt. Han skulle følge et spor han ikke visste hvem som hadde laget eller hvor hen bar. Min uro ble mitt spor. En uro oppstår fordi noe ikke stemmer. Jeg måtte forstå mer, tenke nye tanker for å finne ut av uroen, og fant en måte å bevege meg på. I samhandling med andre mennesker har ny kunnskap og forståelse blitt til underveis, slik både sosialkonstruksjonisme og aksjonsforskning beskriver. Øvreeide (2001) snakker om at læring og forståelse skjer i nærmeste utviklingssone, Shotter (2009 a) sier vi utvikles i delte øyeblikk – *shared moments* -, og Husøy (2005) sier kunnskap blir konstruert gjennom samarbeid. Denne studien kunne jeg ikke ha gjort alene. Arbeidet mitt er i seg selv en beskrivelse av at vi lærer og forstår i fellesskap med andre. Nå kan jeg sette navn på og beskrive den uroen jeg tidligere ikke kunne artikulere.

Litteraturliste

- Andersen, T. 2005. *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk psykologisk forlag. 3. utgave.
- Anderson, H. 2003. *Samtale, sprog og terapi*. Hans Reizelts forlag, København.
- Anderson, H. og Jensen P. 2008. *Inspirasjon. Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Gyldendal Norske Forlag.
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet. *Handlingsplan mot fattigdom 2006-2007*. Vedlegg til St.prp. nr. 1 (2006-2007).
- Bjartveit S. og Kjærstad, T. 2001. *Kaos og kosmos. Byggesteiner for individer og organisasjoner*. Kolle Forlag.
- Bratli, S. 2008. *Prosjektbeskrivelse. Læring og mestring for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre*. Aker Universitetssykehus HF.
- Bratli, S. 2010. *Prosjektrapport. Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer*. Oslo Universitetssykehus HF, Aker.
- Dallan, O. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Akademiske.
- Dysthe, Olga (red.). 2001. *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt Forlag AS.
- Rohde, R. og Eide, G. 2009. *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier*. Fagbokforlaget.
- Eliassen, H. og Seikkula, J. 2006. *Reflekterende prosesser i praksis*. Universitetsforlaget.
- Flaaten, E.D. og Rynning Myrvoll, L. 2006. *Åpenhet, styrke og mestring. Implementering og evaluering av William Beardslees familiebaserte psykoedukative samtaleprogram for barn av foreldre med stemningslidelser – et utviklingsprosjekt*. Bærum Kommune.
- Freire, P. 1999. *De undertryktes pedagogikk*. Ad Notam Gyldendal.
- Fuglseth, K. og Skogen, K. 2006. *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. Cappelen Akademiske Forlag.
- Gergen, K. J. 2009. *An Invitation to Social Construction*. SAGE Publications Ltd.
- Gjærum, B., Grøholt, B. og Sommerschild, H. 1999. *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Tano Aschehoug.
- Glistrup, K. 2004. *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Pedagogisk Forum.
- Halvorsen, G. S. 2008. *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende – Hva gjør den virksom*. Norsk Tidsskrift for Helseforskning – nr. 1, 2008, 4. årgang.

- Halvorsen, G. S. 2010. *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. En studie i forståelsens og anerkjennelsens betingelser og utviklingsmuligheter*. Avhandling til graden Philosophie Doctor (Ph.D.) Høgskolen i Bodø. Upublisert.
- Hegland, I. L. 2010. *Kunnskapsutvikling i praksisfeltet*. Fontene nr. 2/2010.
- Helsedirektoratet. Rundskriv IS-5/2010. *Barn som pårørende*.
- Holm, P., Møller, B. og Perlt B. (red.). 2002. *Når mor eller far er psykisk syk 2*. Sosialt Utdviklingscenter SUS.
- Husøy, G. 2005. *Kan aksjonsforskning gi oss et vitenskapelig grunnlag i søken etter bedre lærings- og vurderingsformer i sykepleierutdanningen?* Vitenskapsteoretisk essay. Høgskolen Stord/Haugesund.
- Helsedirektoratet IS-1332 2005. *Veileder psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*.
- Hårtveit, H. og Jensen, P. 2004. *Familien – pluss én*. Tano Oslo.
- Jakobsen, S. E. 2008. *Ikke nok med et kurs*. Forskning nr. 2 – 2008.
- Jensen, P. 2006. *Hvordan kan "den store psykoterapidebatten" påvirke forståelsen av familieterapiforskningen?* Fokus på Familien vol 34. Universitetsforlaget.
- Killén, K. 2007. *Barndommen varer i generasjoner*. Kommuneforlaget Oslo.
- Kufås, E. m.fl. 2002. Sluttrapport: *Du er ikke den eneste*. Rapport fra Redd Barna Norge og Blakstad Sykehus, Asker.
- Kvale, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademiske.
- Langdridge, D. 2006. *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Tapir akademiske forlag.
- Lundby, G. 2003. *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Tano Aschehoug.
- McNiff, J. 2002. *Action Research. Principles and Practice*. RoutledgeFalmer.
- Malterud, K. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget.
- Mevik, K., og Trymbo, B.E. 2003. *Når foreldre er psykisk syke*. Universitetsforlaget.
- Nordenhof, I. 2008. *Narrative familiesamtaler – med utsatte barn og deres forældre*. Akademiske Forlag.
- Organisasjonen Voksen for Barn. 2006. CU2. *Veileder barnegrupper*.
- Rana Kommune. 2002-2006. *Plan for kommunale tjenester for personer med psykiske lidelser*. Rullering.

- Rana Kommune. 2002. *Plan for forebyggende psykososialt arbeid for barn, unge og deres familier i Rana Kommune.*
- Rana Kommune. 2006. *Videreføring av plan for forebyggende psykososialt arbeid for barn, unge og deres familier i Rana Kommune.*
- Rana Kommune. 2010. *Informasjonsbrosjyre Rana Familiesenter.*
- RBUP Nord. Rapport 1:2010. *Barn som pårørende, Samhandling om de minste, Kvinner og rus.* Regionssenter for barn og unges psykiske helse, Region Nord.
- Rimehaug, T. 2006. *De "usynlige" barna.* Tidsskrift Den Norske Lægeforening, nr. 11.
- Risberg, T. 2009. *Aksjonsforskning som innovasjonsverktøy i PP-tjenesten.* Skolepsykologi nr. 1.
- Seikkula, J. 2000. *Åpne samtaler.* Tano Aschehoug.
- Shotter, J. 2007. *Not to forget Tom Andersen's way of being Tom Andersen: the importance of what "just happens" to us.* Human systems: The journal of Systemic Consultation & Management. Volume No. 18, 2007. pp. 15-28.
- Shotter, J. 2009 a. *Listening in a way that recognizes/realizes the world of "the other".* International Journal of Listening. Volume 23, Issue 1. S. 21-43
- Shotter, J. 2009 b. *Moments of Common Reference in Dialogic Communication: A Basis for Unconfused Collaboration in Unique Contexts.* International Journal of Collaborative Practices 1 (1). S. 31-39.
- Shotter, J. 1993. *Conversational Realities, Constructing Life through Language.* London: Sage.
- Skaftun, A. 2002. *Dialogen som paradigme?* Universitetet i Tromsø.
- Skogøy, B.E. 2009. *Vi sees på tirsdag. Hvordan beskriver foreldre med psykiske vansker og deres barn sitt hverdagsliv og sine erfaringer med gruppetilbudet Tirsdagstreffet?* Høgskolen i Bodø. Masteroppgave i sosialt arbeid.
- Stories Produktion. 2007. *Når det syge hersker.* Danmark.
- Sundfær, A. 2003. *Når mamma gråter hele natten.* Foreldremagasinet OM 3/03.
- Thagaard, T. 2006. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* Fagbokforlaget.
- Thorsen, G.R. Bloch. 2004. *Elena.* PsykOpp Forlag.
- Tiller, T. 2004. *Aksjonsforskning. I skole og utdanning.* Høyskoleforlaget.

- Tiller, T. 1999. *Aksjonslæring. Forskende partnerskap i skolen*. Høyskoleforlaget.
- Vedeler, A.H. 2004. *Do you hear me?* M. Sc. Dissertation in Systemic Therapi, KCC International, University of Luton, 6. Mai 2004.
- Vedeler, A.H. 2007. *Den bekymrede vandringsmann*. Fokus på Familien, nr. 3 2007.
- Weingarten, K. 1998. *The small and the ordinary*. Family Process, Vol 37:3-15.
- Øvreeide, H. 2009. *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Høyskoleforlaget. 3. utgave.
- Øvreeide, H. 2001. *Barnet som familieterapeutisk bruker*. Fokus på Familien, nr 29:22-35. Universitetsforlaget.
- Aamodt, L.G. og Aamodt, I. 2005. *Rapport: Tiltak for barn av psykisk syke*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion Øst og Sør.
- St.prp. nr. 63 1997-1998. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008*.
- Ot.prp. nr 84 2008-2009. *Om lov om endringer i helsepersonell-loven m.m. (oppfølging av born som pårørende)*.
- Lovverk
- Lov om sosiale tjenester 13. desember 1991, nr. 81
- Lov om spesialisthelsetjenesten 2. juli 1999, nr 61
- Lov om helsepersonell m.v. 2. juli 1999, nr. 64
- Nettsider
- Atferdssenteret.no
- Folkehelseinstituttet.no
- Martemeeo.no
- Oppvekstbanken.no
- Ranakommune.no
- VfB.no

Vedlegg nr. 1.

Tidsplan/gjennomføringsplan

Som et resultat av på forhånd planlagt fremdrift og et resultat av aksjonsforskningens noe uforutsigbare veier og utfall, både hva og når.

Aksjon	Deltaker/ Informanter	Hvordan	Oppstart delarbeid	Ferdigstilt delarbeid
Prosjektplan	Jeg og veileder	Skriv Veiled.	Okt. 08	Sept. 09
Utarbeide samtykkeerklær.	Jeg	Skriv		Sept. 10
Forarbeid SMIL	Prosjektgruppe	Referat Lydoppt.	28.08.09	22.01.09
Smil-gruppe	Kollega, veil.gruppe	Logg Lydoppt.	27.01.09	22.10.09
Veiledning	Personalgruppe FS ⁴⁹ , veileder Syst.fam.terapi	Lyd- Opptak	01.04.09	02.04.09
Familie A	Kollega, veil.gruppe	Logg Lydoppt	16.06.09	20.12.09
Samtale BES ⁵⁰	Jeg	Lydoppt		Jan 2010

⁴⁹ Familiesenteret

⁵⁰ Bjørg Eva Skogøy – Fagkonsulent Nordlandssykehuset Bodø

Vedlegg nr. 2

SAMTYKKEERKLÆRING

For deltakelse i Masterstudien:

Et sosialkonstruksjonistisk blikk på forebyggende arbeid i kommunen, når mor eller far er psykisk syk

Navn på ansvarlig for undersøkelsen: Kirsten Ellingbø

Tlf.: 90063030

E-post: kirsten.ellingbo@rana.kommune.no

Jeg, _____ samtykker til følgende punkter:

1. Jeg samtykker til å være deltaker i denne studien.
2. Jeg kan trekke meg fra deltakelse når jeg måtte ønske, uten begrunnelse, og uten at det får konsekvenser juridisk eller på annen måte.
3. Jeg godkjenner at min deltakelse vil bli tatt opp på bånd og transkribert, og at dette båndet vil bli makulert etter at undersøkelsen er ferdigstilt. Jeg samtykker til bruk av sitat og eksempler i ferdigstillingen av avhandlingen og publisering av resultater.
4. Mitt bidrag vil bli anonymisert og min identitet vil ikke bli gjort kjent i rapportering/fremlegg av resultater.

Navn på deltaker Dato

Kirsten Ellingbø Dato
ansvarlig

Vedlegg nr. 3

Plan for SMIL-gruppa vårhalvåret 2009

27. januar	kl. 17.30	Første gr m/ foreldrene	Familiesenteret
10. februar	kl. 14.00-16.00	Ungene og kurslederne	Bli bedre kjent/ Familiesenteret
24. februar	kl. 14.00-16.00	Ungene og kurslederne	Familiesenteret
3. mars	kl. 14.00-16.00	Ungene og kurslederne	Klatring på Gruben
24. mars	kl. 17.00-19.00	m/foreldrene	Grilling og aking i Selforslia
31. mars	kl. 14.00-16.00	Ungene og kurslederne	Familiesenteret
21. april	kl. 14.00-16.00	Ungene og kurslederne	Familiesenteret
5. mai	kl. 17.00-19.00	m/foreldrene	Rappell i Selforslia
12. mai	kl. 17.30-19.00	m/foreldrene	Avslutning/ Familiesenteret

Praktisk

Når ungene kommer alene, kan vi tilby henting på skolen kl. 1400.

Bra om foreldrene sier i fra på skolen, slik at ingen uroer seg når ungene blir henta av "fremmede". Hvis det er noe spesielt, kan vi evt. skyssse ungene hjem etter gruppa, evt andre spesielle avtaler.

Når vi skal i Selforslia, møtes vi der.

Når ungene kommer rett etter skolen, spiser vi mat (brødmatt/suppe).

Kirsten Ellingbø
Tlf. 90063030

Tlf. _____

Vedlegg nr. 4

Helse- og sosialetaten Familiesenteret

Til foreldrene til ungene i SMIL-gruppa.

Vi har gjort noen justeringer for resten av programmet, av ulike grunner.

Bl.a. har det vært mye snø, lenger enn vi hadde forutsett. I tillegg har vi et ønske om å få avslutte litt alene med ungene siste kvelden, før familiene inviteres inn. Dette innebærer følgende:

5. mai hadde vi planer om aktivitet i Selforslia igjen sammen med dere. Vi ser at vi nok har vært vel optimister med tanke på at det skal være snøfritt og opptørka. I stedet inviterer vi ungene med oss på naturfagrommet på Mo Ungdomsskole, sammen med en lærer som vi kan gjøre spennende små naturfag-eksperimenter sammen med. (..... .., lærer på Mo U, som også var med på klatring.) Pga arbeidsdagen til ungdomsskolen, blir dette en ettermiddagsaktivitet, slik turen opprinnelig var planlagt. Alle ungene blir henta hjemme, dersom ikke annet blir avtalt, mellom kl. 17.00 og 17.20. Vi holder på i 1,5 time, og ungene hentes på Mo U. kl. 19.00.

12. mai er siste kveld og avslutning. Første gang vi alle møttes, ble vi enige om at vi alle skulle møtes igjen til avslutning 12. mai. Imidlertid har vi endra litt på dette, og blitt enige med ungene om at gruppa avslutter selv med pizza kl 17.00, så er foreldre og søsken invitert til kaffe og kake kl. 18.00. Vi henter ungene mellom 16.30 og 16.50 hjemme.

Avslutningsvis ønsker vi å ha en samtale, på lik linje med den aller første samtalen, med deg/dere og ungen etter at vi er ferdige med hele programmet. Dette for å oppsummere, både for deres og vår del. Vi kommer nærmere tilbake til tidspunkt på avslutningskvelden.

Vennlig hilsen

..... og Kirsten

Vedlegg nr 5

En samtale om det hele. Refleksjon med en kollega

Underveis mens jeg jobbet med andre aksjon, deltok jeg på en konferanse for et statlig modellkommuneprosjekt knyttet til tidlig intervensjon for barn 0-6 år. Under denne konferansen ble ”Tirsdagstreffet”⁵¹ presentert. Jeg var fra tidligere kjente med at en dame ved navn Bjørg Eva Skogøy, tilsatt som Prosjektleder i Helse Nord. Hun har i mange år jobbet med målgruppen foreldre med psykiske lidelser og deres barn, og skrev i 2009 en masteroppgave i sosialt arbeid om gruppetilbud for familier der foreldre har psykiske lidelser (Tirsdagstreffet). En måned senere, deltok jeg i en større landsdelskonferanse om Barn som pårørende⁵². Også her ble Tirsdagstreffet presentert. Jeg tok kontakt med Skogøy, og fortalte om min aksjonsforskning og masteroppgave. Jeg inviterte henne til en refleksjon med meg om hennes eget arbeid, som en del av studiet mitt, som refleksjon over det hele. Temaene for samtalen ble til underveis mens vi snakket sammen – som en *ustrukturert samtale* (Kvale 1997).

Ulik belastninger i familiene

Skogøy skiller mellom familier der problematikk ikke er veldig alvorlig, og de familiene der det er mer sammensatt og langvarige utfordringer knyttet til sykdom. Hun er opptatt av at ungene får informasjon om foreldrenes sykdom og hvordan denne påvirker livene deres. Der hvor problemene ikke er eller har blitt så store, vil gjerne en eller to familiesamtaler vil være tilstrekkelig, i tillegg til at man gjør kjent informasjonsmateriell og nettsteder for ungene, slik at de kan få forståelse for hva dette innebærer. Dette bidrar til å sette ord og begrep på det som kan være vanskelig, og familien skaper et felles språk. Det kan også være nyttig å knytte ressurspersoner til ungene, for eksempel en lærer som kan følge litt ekstra med.

En beskrivelse av utfordringene hos foreldre med psykiske lidelser, er i følge Skogøy at de preges av taushet, skam og skyldfølelse. Mange har skrinne nettverk, lite støtte i partnere og familie, og mange er utenfor arbeids- og utdanningslivet og dermed uten kolleger. Noen

⁵¹ Et familietilbud i Bodø Kommune, beskrevet i Skogøy sin masteroppgave 2009 ”Vi sees på tirsdag”.

⁵² Samhandlingskonferanse i Tromsø ”Barn som pårørende, samhandling om de minste, kvinner og rus”, i regi av RBUP Nord, 24.-26. November 2009.

orke kanskje ikke å dra på besøk med ungene fordi de ikke orke at de bråker og andre ser det. For mange er det angstfylt å delta på møter, og trekker seg derfor fra sosiale sammenhenger, også knytta til ungenes barnehage- eller skolemiljø.

I de familiene med mer omfattende problematikk vil f.eks gruppe for barn bare være ett av opptil flere og ofte langvarige tiltak. For eksempel ser det ut til at ungene ved Tirsdagstreffet trenger støtte på en litt annen måte, de har ikke så mange ord og begreper, problemene virker mer vedvarende og har ingen begynnelse eller slutt. I disse familiene kan barnegruppe være ett av flere tiltak, som en forlengelse av andre tiltak i familien.

Barnegrupper

Skogøy sier hun tenker at ved å tilby barn deltakelse i barnegruppe, tilbyr vi å ”redde barnet ut av noe”, og at signaler til foreldrene kan være at vi ikke tror de er gode nok til å ivareta ungene sine. Dette kan bli ytterligere problematisk for foreldre som allerede lever med skyld- og skamfølelser. Vi tilbyr ungene mye positivt i en kort periode, så overlater vi temaet til familiene igjen, uten at endring har skjedd her. På denne måten risikerer vi å skape ungene til forandringsagenter i egne familier. Vi får for stor rolle i ungenes liv.

Endringsarbeid

For å skape varige endringer i familiene og bidra til forebygging av barns psykiske helse, kreves i følge Skogøy langvarig og nært samarbeid med foreldrene. Det er behov for samtaler og terapi, men det er også behov for samhandling. Hun opplever at mange foreldre er reflekterte i fht hva deres sykdom gjør med ungene og hva som skal til for å hindre utvikling av sykdom, men hun opplever at det ofte er langt mellom snakke/refleksjon og gjøre/handling, og samskaping i familien. Hun opplever også at endringsarbeid tar mye lenger tid enn antatt. Barn lærer å forholde seg til livet slik foreldre forholder seg til livet. Når foreldre forholder seg på en negativ måte til verden, med et depressivt tankesett som preger hverdagen, er det dette som fungerer som forbilde og rollemodell for barnas utvikling og læring. Hun viser til at familieveiledning og samspillsveiledning har dokumentert effekt, og videre at det er nødvendig å bidra til samarbeid med arbeidsliv/andre samarbeidsinstanser. Det er viktig å åpne for dialog i familien, bidra til felles forståelse, og å bidra til å styrke familiene.

4.4.4 Familiegrupper

Skogøy sier at det i tillegg til evt barnegrupper, må jobbes på flere områder med disse familiene. Erfaringer fra Tirsdagstreffet, er at foreldrene greier å fokusere på de positive tingene som skjer mellom gruppene, de lærer av hverandre og styrker hverandre. Hun mener dette har stor terapeutisk effekt på foreldrene, stor effekt som forebygging for ungene, og totalt en "utrolig stor gevinst". Skogøy mener å se at ved å jobbe mye med foreldrene, blomstrer de, blir sterkere og bedre i stand til å ta ansvar i familien. Unger som deltar i barnegruppe, opplever noen ganger at foreldrene ligger på sofaen når de selv drar på gruppe, og fortsatt ligger på sofaen når de kommer hjem. Barn som deltar sammen med sine foreldre i familiegruppe, kan oppleve at foreldrene gjerne pynter seg litt før de går hjemmefra, ser at de ler og snakker med andre, fokus er gjerne på noe annet enn sykdom og alt de ikke får til eller makter. "Mors liv blir for ungene dominerende for deres livsutfoldelse."

Vedlegg nr. 5

Plan for videre arbeid, Familiesenteret (FS) og Avdeling for psykisk helsearbeid (APHA) 2010-2013

Når	Hva	Hvem	Hvordan
Høst 2010	1. Gjennomgang på ledernivå i APHA hvordan vi skal jobbe med dette 2. Kartlegging av antall barn som har foreldre hos oss	Kirsten Kirsten	Orientering leder/ledermøte om plan og innhold Utarbeide kartl.skjema, info i seksjonene. Lage oversikt.
Vår 2011	1. Opplæring/veil. seksjonene 2. Finne gode måter å kartlegge ungenes behov 3. Kartlegge samarb.behov mellom APHA og FS 4. Gjennomføre noen familiesamtaler 5. Samarbeid med Helse Nord/Føre-vår-prosjektet 6. Ferdigstille Masteroppg.	Kirsten Kirsten Kirsten/Berit Kirsten/ kolleger Kirsten Berit	I samarb. m/seksjonsledere I samarb. m/kolleger I samarbeid med seksjonene Barnefokuserte familiesamtaler Tar kontakt med Bjørg Eva Skogøy/Helse Nord
Høst 2011	1. Rullere denne planen i hht Berit sin Masteroppg. 2. Samarbeid/forskning vedr Familiegr. 3. Samarb.møte FS/APHA 4. Gjennomføre fam.samtaler 5. Initiere et utvidet samarbeid Rustjenesten.	Berit/Kirsten Kirsten Berit/Kirsten FS/APHA Berit/Kirsten	I samarb. med Bjørg Eva og gruppeledere ved FS I samarb. m/seksjonsledere Barnefokuserte familiesamtaler Kontakte leder Rustjenesten
Vår 2012	Fortsette familiesamtaler Fortsette samarbeid Fam.gr. 1. Samarbeidsmøte 2. Tilby veil./opplæring Rustjenesten	FS/APHA Kirsten Berit/Kirsten	I samarb. med Bjørg Eva og gruppeleder
Høst 2012	Fortsette arbeid mellom seksjonene. Ivareta nyansatte fortløpende		Spesifisering knyttes til rulling høst 2011.
Vår 2013	Fortsette arbeidet		Spesifisering knyttes til rulling 2011.